



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção Específica

Enfermagem Oncológica

CUIDAR O DOENTE ONCOLÓGICO

EM FIM DE VIDA

EM CONTEXTO HOSPITALAR

Liliana Silva

2011



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção Específica

Enfermagem Oncológica

CUIDAR O DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA EM CONTEXTO HOSPITALAR

Liliana Silva

**Relatório de estágio orientado por:
Prof. Antónia Espadinha**

2011



"Se você quer transformar o mundo, experimente primeiro promover o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no seu próprio interior."

Dalai-Lama

RESUMO

Ao longo dos anos verificou-se um progresso ao nível da medicina que tem proporcionado ao doente oncológico um aumento da sua esperança de vida. Como consequência, existe um aumento dos internamentos hospitalares em busca da cura ou controlo da doença oncológica. Porém, quando se verifica o insucesso da medicina, assiste-se muitas vezes a uma degradação física e psicológica do doente e sua família em contexto hospitalar. Aqui, nem sempre existe uma adequada preparação pessoal e profissional dos profissionais de saúde para prestar cuidados de qualidade aos doentes em fim de vida.

Perante isto, foi delineado um projecto de intervenção na prática, com o intuito de ser desenvolvido durante o período de ensino clínico. O projecto foi norteado pelo modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2005). O meu percurso teve como objectivos: adquirir competências para cuidar do doente oncológico em fim de vida e sua família em contexto hospitalar, sensibilizar os profissionais de saúde do serviço de cirurgia geral do Centro Hospitalar de Torres Vedras para a importância da prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar e contribuir de forma a obter uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estes doentes e suas famílias. Para atingir estes objectivos foram realizados ensinamentos clínicos, na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, E.P.E, Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios do Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, E.P.E e no Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

Como resultados do projecto salientam-se o desenvolvimento de conhecimentos ao nível da avaliação e tratamento de sintomas, desenvolvimento de capacidades comunicacionais com o doente e família e aperfeiçoamento da capacidade de partilhar informação e interagir com a equipa multidisciplinar. Após este percurso sinto-me com uma maior capacidade para agir como elemento de referência no local onde exerço funções. Contudo, este resultado não é, em si, um produto acabado, mas antes um resultado que irá ser aperfeiçoado através da experiência profissional e pessoal.

Palavras-chave: Enfermagem, cuidados no fim da vida, unidade de cuidados intensivos

ABSTRACT

Over the years there has been progress in terms of medicine that has provided the cancer patient an increase in life expectancy. As a result there is an increase in hospital admissions for finding a cure or control cancer. However, when there is failure of medicine, there has often a physical and psychological degradation of the patient and his family in the hospital. Here, there is not always an appropriate personal and professional preparation of health professionals to provide quality care to patients in end of life.

Given this, it was designed an intervention project in practice in order to be developed during the period of clinical training. The project was guided by the model of skill acquisition by Patricia Benner (2005). My career has had as objectives: to acquire skills to care for oncology patients at end of life and his family in the hospital setting, awareness among health professionals of the general surgery department of the Hospital of Torres Vedras to the importance of providing patient care cancer end of life in the hospital and contribute to obtain an improved quality of care for these patients and their families. To achieve these objectives have been achieved clinical placements, the Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, E.P.E, Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios do Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, E.P.E e no Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

How project results are emphasized the development of knowledge in the evaluation and treatment of symptoms, development of communicative skills with the patient and family and improving the ability to share information and interact with the multidisciplinary team. After this course I feel with a greater capacity to act as a reference in my work place. However, this result is not in itself a finished product, but rather an outcome that will be refined through the professional and personal experience.

Keywords: Nursing, end-of-life care, intensive care unit

ÍNDICE	pág.
1. INTRODUÇÃO	9
2. O DOENTE ONCOLÓGICO E OS CUIDADOS PALIATIVOS	16
2.1. O Doente Oncológico em Fim de Vida: Fase de Agonia	18
3. TRABALHO DE CAMPO	22
3.1. Objectivos Gerais	22
3.2. Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e Unidade de Assistência Domiciliária do IPOLFG, E.P.E	23
3.2.1 – Objectivos Específicos	24
3.2.2 - Actividades	24
3.2.3 – Resultados Obtidos	30
3.3. Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios do IPOLFG, E.P.E	30
3.3.1 - Objectivos Específicos	32
3.3.2 – Actividades	32
3.3.3 – Resultados Obtidos	37
3.4. Serviço de Cirurgia Geral do CHTV	38
3.4.1 - Objectivos Específicos	38
3.4.2 – Actividades	39
3.4.3 – Resultados Obtidos	46
4. PERSPECTIVA ÉTICA	47
5. LIMITAÇÕES DO TRABALHO E PERSPECTIVAS FUTURAS	50
6. CONCLUSÃO	51
7. BIBLIOGRAFIA	53
ANEXOS	61
Anexo I – Síntese das reflexões efectuadas durante a realização dos Ensinos Clínicos	
Anexo II – Sondagem de Opinião – Identificação das Necessidades de Formação	

Anexo III – Plano da Sessão de Informação

Anexo IV – Divulgação da Sessão de Informação

Anexo V – Diapositivos da Sessão de Informação

LISTA DE SIGLAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CHTV – Centro Hospitalar de Torres Vedras

DGS – Direcção Geral de Saúde

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EV - Endovenosa

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPOLFG, E.P.E – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial

LCP – Liverpool Care Pathway

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

R – Reflexão

SC - Subcutânea

SFAP - Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

UAD – Unidade de Assistência Domiciliária

UCII – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos tem-se verificado um progresso científico ao nível da medicina, que associado a melhores condições de vida proporcionou um aumento da esperança média de vida. Este facto contribuiu para a existência de um vasto grupo de doentes crónicos, nos quais se encontra o doente oncológico. O cancro é actualmente uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em Portugal (DGS, 2004). Sendo assim, o doente com patologia oncológica, é actualmente um doente crónico, pois tem a possibilidade de realização de inúmeros tratamentos, que vão prolongando a sua vida. No local onde exerço funções – serviço de cirurgia geral do CHTV – verifica-se que em muitos casos, o tratamento cirúrgico ou médico faz com a doença fique estável durante bastantes anos. Contudo, nem sempre se verifica esta realidade. A ineficácia do tratamento curativo origina um agravamento progressivo da doença, verificando-se muitas vezes uma degradação física e psíquica do doente e sua família.

Apesar de muitos autores defenderem as vantagens da morte em casa, a realidade é que nos nossos dias, existe uma tendência crescente para transferir o contexto da morte do domicílio para o hospital. De acordo com Moritz et al (2008), os aspectos culturais e sociais, associados à dificuldade do tratamento de um doente em fase terminal em seu lar, levaram à morte institucionalizada, pelo que a grande maioria das pessoas morre nos hospitais e, muitos deles nas unidades de cuidados intensivos. Al-Qurainy, Collis e Feuer (2009) referem que no Reino Unido, em 2006, mais de 68% dos óbitos, dentro do meio milhão anuais, ocorreram nos hospitais, havendo projecções de um aumento nos próximos anos. Um estudo do INE realizado por Machado et al (2010), concluiu que em Portugal, entre 2000 e 2008 a percentagem de pessoas que morreram nos hospitais ou em clínicas aumentou 13,3%, sendo que em 2008, 61,4% da totalidade dos óbitos ocorreram no hospital, contra 54,2% em 2000. Sendo assim, esta é uma situação cada vez mais frequente, não apenas no serviço de cirurgia geral do CHTV, mas em muitos hospitais de Portugal e no Reino Unido.

Frias (2003) explica que a transferência da morte do domicílio para o hospital implica um reajustamento da estrutura hospitalar que, concebida para prestar cuidados curativos, não encontra, muitas vezes, resposta para as pessoas em fim de vida. Desta forma, os profissionais de saúde, sentem-se muitas vezes desarmados perante a angústia das pessoas em fim de vida, com as quais têm dificuldade em estabelecer uma relação de ajuda.

O hospital detém uma elevada sofisticação tecnológica, para tratar activamente a doença. No entanto, quando se verifica o fracasso do tratamento curativo e o doente se aproxima inevitavelmente da morte, o hospital raramente está preparado para tratar e cuidar do seu sofrimento. Tendo em conta que o principal objectivo dos hospitais é o tratamento das doenças e suas causas, Pacheco (2004) diz que o doente em fase terminal corre o risco de abandono terapêutico ou, pelo contrário, de ser vítima de obstinação terapêutica. Além disso, o ambiente hospitalar geralmente conduz ao isolamento relacional e social e a uma morte solitária.

Por outro lado, Pacheco (2004) refere que, os hospitais são instituições destinadas a cuidar e tratar todo o tipo de doentes, e portanto devem estar preparados para cuidar o doente em fim de vida. Para além disso, no hospital, o doente pode sentir-se mais seguro e tranquilo, uma vez que beneficia da proximidade dos profissionais de saúde. Neto (2010) acrescenta que em determinadas circunstâncias o internamento do doente no serviço de um hospital é essencial, nomeadamente na presença de sintomas de difícil controlo (dor, dispneia ou agitação), fadiga dos familiares ou mesmo inaptidão dos cuidadores para prestar cuidados.

Independentemente de o hospital ser ou não o local ideal para o doente em fim de vida, o que é certo é que lidar com estes doentes e suas famílias é prática quotidiana da maior parte dos enfermeiros, e portanto é fundamental adquirir competências nesta área.

Ao trabalhar num serviço de cirurgia geral, um serviço que tem por objectivo curar e manter a vida, sou confrontada com situações cujo prognóstico se torna incerto e o tratamento curativo falha nos seus objectivos, assistindo-se a um declínio progressivo do doente e sua família. Contudo, apesar do número de doentes em fim de vida ser cada vez maior no hospital, é uma situação para a qual não me sinto preparada. De acordo com Pacheco (2004), os profissionais de saúde estão mais preparados e motivados para enfrentar a doença, tratar a sua causa e tentar evitar a morte do que prestar cuidados ao doente em fim de vida.

Sendo assim, perante esta realidade apercebi-me da minha necessidade de desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida, principalmente perante o doente em fase de agonia. Apesar de esta constituir uma inquietação pessoal, em conversas informais pude verificar que, o desejo de cuidar de forma adequada os doentes que se encontram numa fase de agonia, era uma preocupação de muitos enfermeiros do meu contexto profissional.

Prestar cuidados ao doente em fim de vida, que se encontra na fase de agonia, exige capacidades para lidar com o processo de morte, adequação dos cuidados num ambiente que é essencialmente curativo, no controlo de sintomas, na comunicação e na articulação com a equipa multidisciplinar.

Uma das minhas grandes dificuldades, ao prestar cuidados ao doente na fase de agonia, diz respeito à proximidade da morte. Ao confrontar-me com as angústias dos familiares e com o sofrimento do doente, apesar de saber que não era a atitude mais correcta, a minha reacção era de fuga. Sapeta e Lopes (2007) referem que os profissionais de saúde, como seres sociais e culturais que são, não estão livres da influencia da sociedade e dos valores que foram assimilando no curso das suas vidas, reagindo como pessoas comuns, com emoções e sentimentos negativos e de rejeição, face à morte e aos doentes moribundos. Essa herança cultural poderá condicionar o modo como lidam com a morte e com os que estão a morrer, podendo causar-lhes grande impacto emocional, dúvidas, insegurança, ansiedade e medo, modificando as suas atitudes e a forma como cuidam desses doentes e das suas famílias. De acordo com estes autores, a negação social da morte é colocada em evidência pela dificuldade em lidar com a perda, em falar abertamente acerca da proximidade da morte com o próprio doente ou família. Pacheco (2004) diz ainda, que a sociedade em geral, e também os profissionais de saúde, agem como se pudessem evitar a ocorrência da morte. Todos os doentes e famílias, durante a evolução da doença, mesmo na fase terminal, de uma forma mais ou menos nítida, recusam a sua morte sempre na esperança de um novo medicamento, de um novo tratamento ou de uma cura milagrosa para a sua situação. Sendo assim, poucos são os doentes e famílias que se encontram preparados para a morte, e muito menos são os profissionais de saúde preparados para a morte dos seus doentes. Marques e Vieira (2007) acrescentam que, os profissionais de saúde lidam mal com os insucessos, nomeadamente a morte, pois foram educados para tratar e curar, lutando pela vida de outro ser humano até ao limite. Quando não existe tratamento curativo, é como se algo falhasse. Este tipo de sentimentos e percepção são um dos grandes obstáculos à prestação de cuidados ao doente em fim de vida, pois enquanto a prioridade for a cura e a utilização de toda a tecnologia disponível para a manutenção da vida, a morte será sempre algo a evitar. Frias (2003) diz-nos que é fundamental aceitar a morte, visto ser

um acontecimento natural, sendo tão importante ajudar a morrer, como salvar a vida das pessoas.

No serviço de cirurgia geral do CHTV as acções paliativas, para o controlo de sintomas são iniciadas tardiamente. Al-Qurainy, Collis e Feuer (2009) referem que as pessoas que morrem no hospital recebem cuidados insuficientes e de má qualidade, especialmente em relação aos sintomas físicos (dor, dispneia, agitação e outros sintomas difíceis de controlar), referindo que num hospital a maioria dos médicos não possui conhecimentos para o controlo de sintomas. No local onde exerço funções ainda há bastante para fazer nesta área. O registo da dor é feito diariamente pelos profissionais de enfermagem e são estes que muitas vezes alertam o médico assistente para a necessidade de prescrição de medicação analgésica. É comum existirem doentes em internamento sem medicação analgésica prescrita. Apesar de existir uma equipa médica que realiza consulta da dor, esta só se desloca aos serviços, se for solicitada pelo médico assistente. Na grande maioria das vezes esta só é realizada após se ter verificado que a terapêutica instituída pelo médico assistente não foi eficaz. Desta forma, observa-se inúmeras vezes a agonia do doente durante dias, com terapêutica insuficiente, sendo que só dias depois é correctamente avaliado e controlado. Para além disto, muitos doentes passam a sua fase de agonia com respiração ruidosa ou agitação, sendo uma situação que causa bastante angústia e sofrimento ao doente e familiares, mas também aos profissionais de saúde.

Apesar de ter consciência que neste âmbito a comunicação com doente e família deveria ser parte integrante das nossas acções, esta constituía uma das minhas grandes dificuldades. Tinha a sensação de estar a fugir do doente e da sua família, ao permanecer no quarto o mínimo de tempo possível, ao falar com a família de forma rápida ou mesmo evitar o contacto, com o receio de perguntas incomodativas. Al-Qurainy, Collis e Feuer (2009) realizaram um estudo que tinha como objectivo identificar os principais desafios que são encontrados na prestação de cuidados ao doente em fase terminal em contexto hospitalar. Verificaram que a falta de privacidade, a agitação e o ruído dentro de uma enfermaria, e o facto de o hospital de agudos estar associado à manutenção da vida, faz com que a comunicação relacionada com o tema morte seja difícil de abordar com o doente e sua família. Oliveira e Simões (2000) dizem que é muito difícil para os enfermeiros falar com os familiares, já que se deparam com algumas questões, entre as quais: o que vou dizer? Benner (2005) refere que nestas situações, os enfermeiros não devem evitar o doente, mas pelo contrário

devem encontrar meios para confortá-lo. De acordo com Magalhães (2009), ao estar presente e responder às questões dos doentes e familiares, os enfermeiros estão a proporcionar cuidados de qualidade.

Por último, a abordagem do doente em fim de vida em fase de agonia, depende do desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar. No serviço de cirurgia geral do CHTV verifica-se muitas vezes uma divergência de práticas. Este acontecimento deve-se, em parte, ao facto de os objectivos para o doente não estarem claramente definidos dentro da equipa. Al-Qurainy, Collis e Feuer (2009) detectaram várias irregularidades nos cuidados por falta de planeamento dentro da equipa, nomeadamente no controlo de sintomas e suspensão de tratamentos desnecessários. No local onde exerço funções existem doentes, que devido à ausência de tratamento curativo, nem sequer são observados a nível médico. Contudo, na grande maioria das vezes, pelo facto de o doente se encontrar no hospital, os profissionais optam por realizar vários tratamentos e tomar diversas medidas no sentido de prolongar a vida. Sapeta e Lopes (2007) dizem que, a obstinação em curar, é explicada pela sensação de fracasso e de derrota. Walling et al (2008), referem que num hospital, tendo em conta o ambiente de cuidados agudos, optar, por prestar apenas cuidados de conforto pode ser um desafio, pois a tendência é a realização de tratamentos, que podem ser agressivos. Al-Qurainy, Collis e Feuer (2009) referem que embora muitos doentes desejassem apenas cuidados de conforto, continuavam a receber tratamentos agressivos até à sua morte. Sendo assim, os profissionais de saúde que trabalham no hospital têm que se adaptar a esta nova realidade, pois o doente em fim de vida e a sua família exigem cuidados específicos. Torna-se deste modo necessária uma mudança de mentalidade dos profissionais de saúde no sentido de reconhecerem que o objectivo dos cuidados de saúde nem sempre pode ser o de curar. Sendo essencial, uma redefinição de objectivos dentro da equipa multidisciplinar.

No serviço de cirurgia geral do CHTV não existe ninguém com formação específica nesta área. Para que as acções paliativas sejam uma realidade em contexto hospitalar, torna-se necessário antes de mais a adequada formação dos profissionais, no sentido de melhorar os conhecimentos, competências e perícias (CAPELAS E NETO, 2010).

É com base nesta problemática, nas dificuldades sentidas e no desejo de melhorar a prática de cuidados no serviço de cirurgia geral do CHTV, que me proponho

iniciar um processo desenvolvimento de competências que tem como fio condutor “cuidar o doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar”.

Sendo assim, partindo do princípio de que a prestação de cuidados num serviço de cirurgia geral pode, e deve, transitar de uma perspectiva de cura para uma perspectiva de conforto, sinto que posso desenvolver competências que me permitam integrar uma abordagem paliativa do doente e família na minha prática diária. Mompart Garcia (1998), citado por Sapeta e Lopes (2007), menciona que esta abordagem requer a assunção de crescentes responsabilidades, uma maior implicação pessoal, com melhor preparação técnica e aquisição de um corpo de conhecimentos, de habilidades e competências pessoais e profissionais que a complexidade e delicadeza da situação exige.

A minha aquisição de competências foi guiada pela teoria de Patrícia Benner. Benner (2005), refere que a aquisição de competências para cuidar o doente em fim de vida, não é facilmente aprendida nos livros, mas sim pela prática e pelas possibilidades de experiência. De acordo com a autora, a componente prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento. Sendo assim, de modo a atingir as minhas competências foi realizado ensino clínico na EIHS CP e UAD do IPOLFG, E.P.E, UCII do IPOLFG, E.P.E e por último no local onde exerço funções, o serviço de cirurgia geral do CHTV.

A teoria de Benner (2005) assenta no Modelo Dreyfus de aquisição de competências, composto por cinco níveis: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. De acordo com Benner (2005), perante o doente cirúrgico encontro-me no nível Proficiente. A minha actividade profissional começou há seis anos, e desde então exerço funções de enfermagem no serviço de cirurgia geral de um hospital distrital. Tenho a percepção da globalidade das situações, reconhecendo uma situação no seu todo. Pela experiência sei quais os acontecimentos que vão suceder numa determinada situação, conseguindo orientar-me directamente para o problema. Contudo, no início deste percurso, perante o doente em fim de vida, encontrava-me no nível Iniciado, pois tinha alguma experiência na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, contudo sem uma noção da globalidade do doente, não sendo capaz de distinguir entre o que é mais ou menos importante.

Assim, ao longo deste percurso a minha finalidade foi atingir o nível Iniciado Avançado ou Competente na prestação de cuidados ao doente em fim de vida. De acordo com Benner (2005), para ser Competente, é necessário adquirir conhecimentos

para uma prestação de cuidados de qualidade junto dos enfermeiros peritos na área. Posteriormente a Proficiência é adquirida, com o desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos, num maior número de experiências possível e com a aplicação dos conhecimentos na prática.

Sendo assim, neste percurso pretendia atingir as seguintes competências:

- Avalia e controla os diferentes sintomas;
- Comunica de forma eficaz com o doente e família;
- Presta apoio à família;
- Age como dinamizador do trabalho de equipa multidisciplinar.

Este trabalho representa todo um percurso pessoal, efectuado com esforço, desafios e concretizações. Primeiramente será apresentado o quadro conceptual que guiou a realização deste trabalho. Posteriormente apresento o desenvolvimento do trabalho de campo, onde foram estabelecidos objectivos, descritas as actividades e por último, os resultados obtidos. E por fim, faço uma breve referência às questões éticas, limitações do trabalho e perspectivas de futuro.

Sabendo que a filosofia e prática de cuidados paliativos, tantas vezes considerados antagonistas do meu contexto de trabalho considerei como objectivos:

- Adquirir competências que permitam cuidar do doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar;
- Sensibilizar os profissionais de saúde do serviço de cirurgia geral do CHTV para a importância da prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar.

2. O CANCRO E OS CUIDADOS PALIATIVOS

A doença oncológica é talvez a doença mais temida pelo Homem. Perante o diagnóstico de cancro, Pais (2004) diz que se deposita uma grande carga emocional na pessoa, relacionada com o sofrimento, medo, dor e morte. Confronta o ser humano com a sua própria vulnerabilidade, afectando consequentemente a família e os amigos. A doença oncológica não atinge apenas a parte física, mas todas as dimensões do ser humano, pelo que estes são os grandes clientes dos cuidados paliativos.

De acordo com Neto (2010), apesar de hoje em dia os cuidados paliativos serem aplicados a todos os doentes que deles necessitem, inicialmente foi destinado apenas aos doentes com cancro. Alves et al (2004) referem que em 50% dos casos, a doença oncológica progride inevitavelmente para a morte, pelo que os cuidados paliativos têm um grande papel sobre os doentes oncológicos. Os cuidados paliativos surgem assim, pela necessidade de mudança na forma de cuidar o doente com doença crónica e avançada. Em 2002, a OMS definiu os cuidados paliativos como,

“ uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (NETO, 2010, p.3).

De acordo com Twycross (2003, p.16) cuidados paliativos são *“cuidados activos e totais aos pacientes que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida”*.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), perante o doente em fase terminal, as intervenções levadas a cabo visam atenuar os sintomas da doença, promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta, proporcionar analgesia adequada, ajudar o doente a aceitar e preparar-se para a morte, omissão de tratamentos inúteis, sendo o objectivo máximo dos cuidados preservar a dignidade humana, pelo que os gestos terapêuticos e de conforto adquirem um significado próprio.

Nesta linha de pensamento surgem alguns princípios dos cuidados paliativos:

“ (...) afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, pelo que não pretendem provocá-la ou atrasá-la, através da eutanásia ou de uma “obstinação

terapêutica” desadequada; (...) têm como objectivo central o bem-estar e a qualidade de vida doente, pelo que se deve disponibilizar tudo aquilo que vá de encontro a essa finalidade, sem recorrer a medidas agressivas que não tenham esse objectivo em mente; (...) promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessária formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem – física, psicológica, social e espiritual – e uma prestação de cuidados de saúde verdadeiramente interdisciplinar. Médico, enfermeiro e assistente social serão os elementos básicos da equipa, mas são desejáveis outros contributos, equacionados sempre em função das necessidades do binómio doente-família; (...) são oferecidos com base nas necessidades, e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença – qualquer que ela seja –, quando o sofrimento é intenso e outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas; (...) tendo a preocupação de abranger as necessidades das famílias e cuidadores, prolongam-se pelo período do luto. A unidade receptora de cuidados é sempre “doente e família” e não devem considerar-se realidades desligadas; (...) pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que utilizam ferramentas científicas e se integram no sistema de saúde, não devendo existir à margem do mesmo”. (NETO, 2010, p.3-4)

Para que haja sucesso na implementação destas medidas, é necessário a sua introdução o mais precocemente possível no curso de uma doença crónica. Apesar de num hospital a ausência de técnicos especializados em cuidados paliativos ser uma realidade, todos os profissionais tem o dever de prestar acções paliativas. De acordo com Moritz et al (2008), os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos simultaneamente com os cuidados curativos. Uma conjugação entre as medidas curativas e paliativas, tem como objectivo promover a qualidade de vida doente. Se as medidas paliativas forem iniciadas apenas quando o doente deixa de responder ao tratamento curativo, os resultados podem não ser tão positivos. Sendo assim, intervenções curativas podem predominar numa fase inicial do percurso do doente, contudo, ao longo de um processo de falência das terapias instituídas e do aproximar do fim de vida, passam a ser predominantes as intervenções paliativas.

2.1. O doente oncológico em fim de vida: Fase de Agonia

O doente oncológico apresenta uma evolução de doença e uma fase final de vida habitualmente mais curta e com um declínio muito marcado, em comparação com outras doenças crónicas (NETO, 2010).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), considera-se que no estágio de evolução chamado “terminal” a morte é previsível a mais ou menos curto termo. Capelas e Neto (2010) referem, que o doente em fase terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses. Moritz et al (2008), referem que um doente em fase terminal, independentemente das medidas terapêuticas adoptadas, evoluirá de forma inexorável para a morte. Nos doentes oncológicos os últimos três meses de vida correspondem habitualmente a um período de degradação progressiva muito marcada.

De acordo com Capelas e Neto (2010), o doente em fase de agonia, é um doente em fase terminal que pelas suas características clínicas, está nas últimas horas ou dias de vida, e que por isso necessita de cuidados específicos. Decorre de uma evolução gradual e natural, habitualmente com um agravamento que se constata de dia para dia e com evidente deterioração do estado geral. De acordo com Neto (2010), nesta fase existe um agravamento que se constata diariamente, caracterizando-se por mudanças clínicas e fisiológicas, aparecimento de novos sintomas ou agravamento dos já existentes. Magalhães (2009) diz que, o doente oncológico é aquele que tem maior probabilidade de saber que vai morrer. Muitas vezes durante, o seu processo de agonia está bastante consciente deste facto. Sendo assim, esta é uma etapa que tem um grande impacto no doente, família e nos próprios profissionais de saúde. Nesta fase o objectivo principal dos cuidados é garantir o máximo conforto ao doente, proporcionando uma morte digna.

Apesar de, os cuidados paliativos serem importantes em todas as fases da doença, perante o doente crónico que já não responde à terapêutica curativa, os cuidados paliativos assumem uma importância fundamental. Sendo assim, consideram-se quatro áreas fundamentais (Neto, 2010; Twycross, 2003; PNCP, 2004): controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

O controlo de sintomas é fundamental na fase de agonia. Gonçalves (2002), refere que esta é uma fase extremamente dinâmica, em que os sintomas se alteram

constantemente, pelo que nos últimos dias de vida pode ocorrer um agravamento dos sintomas preexistentes ou aparecimento de novas queixas. O plano terapêutico deve englobar meios farmacológicos e não farmacológicos. De acordo com Neto (2010), nesta fase é fundamental uma monitorização de todos os sintomas, tendo uma atitude preventiva, de forma a antecipar possíveis complicações que possam ocorrer. De acordo com este autor os sintomas mais presentes nos últimos dias de vida são o delirium, a respiração ruidosa/ estertor, a dor e a dispneia.

A dor é um sintoma subjectivo e de difícil avaliação por terceiros. É um dos sintomas mais valorizados, temido e incapacitante para o doente, sendo sinónimo de sofrimento. Assim, é fundamental a sua valorização, avaliação e quantificação correctas da dor, de forma a escolher e implementar o tratamento adequado. Costa et al (2007) referem que entre 35 a 45 % dos doentes oncológicos sentem dor à data do diagnóstico ou numa fase precoce da doença, cerca de 70 % apresentam dor na fase avançada e que quase todos têm dor na fase terminal da doença. Porém Neto (2010) assegura que, na maioria dos doentes, se o controlo anterior estava a ser eficaz, não se irão registar problemas na fase de agonia.

De acordo com Gama e Barbosa (2010), o delirium é um estado confusional agudo que resulta de uma disfunção orgânica cerebral difusa que afecta a cognição e a atenção, e em que se verifica uma diminuição do nível de consciência, uma actividade psicomotora anormalmente elevada ou diminuída. É uma síndrome frequente em cuidados paliativos, sendo gerador de grande sofrimento e angústia tanto para os doentes e familiares, assim como para os profissionais de saúde. Neto (2010) acrescenta que, para controlar este sintoma, os fármacos mais utilizados incluem: Haloperidol, Levomepromazina ou Midazolam.

Segundo Neto (2010), a dispneia é provavelmente um dos sintomas que mais mal-estar condiciona no doente e seus familiares. É o sintoma mais difícil de controlar, mesmo quando os cuidados são prestados por uma equipa de cuidados paliativos. De acordo com este autor, as medidas incluem a administração de oxigénio, posicionar o doente a 45°, a presença de uma pessoa significativa junto do doente e a utilização de leque. O fármaco de primeira escolha para o tratamento deste sintoma é a morfina, com o objectivo de diminuir a percepção da dificuldade respiratória, através da diminuição da frequência respiratória.

Neto (2010) refere que, a respiração ruidosa/estertor é um tipo de respiração muito frequente nos doentes agónicos. Gonçalves (2002) diz que, resulta da

incapacidade de expulsar as secreções da orofaringe e da traqueia. A oscilação dessas secreções para cima e para baixo, acompanhando os movimentos respiratórios, resulta muitas vezes em respiração ruidosa. Neto (2010) refere que, os fármacos fundamentais a que se recorre são os anticolinérgicos, do tipo da escopolamina ou da butilescopolamina. Estes não actuam nas secreções já presentes, pelo que se torna necessário a sua administração precoce, antes da respiração ruidosa se instalar.

A comunicação com o doente e familiares é considerada fundamental (Querido et al, 2010; Moritz et al, 2008). Durante a fase de agonia, uma comunicação adequada visa manter os familiares envolvidos e conscientes de todo o processo, para que estes não se sintam impotentes ou abandonados, informando-os dos planos de acção e das perspectivas de evolução da doença. Querido et al (2010), referem algumas estratégias que facilitam a comunicação, nomeadamente, usar o tom de voz adequado, usar linguagem simples e precisa, ser sincero, saber ouvir o outro, promover a empatia, repetir a informação sempre que necessário, demonstrar disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida, certificar-se de que a comunicação foi compreendida e garantir que se está a prestar os melhores cuidados. Em relação à comunicação não verbal é importante o toque e a expressão facial.

Para Neto (2010), a fase de agonia reveste-se sempre de um significado especial para a família. É um período de expressão de sentimentos, de despedidas e conclusões. A relação que se foi criando com a família é o veículo central para assegurar todo o apoio nesta fase. O enfermeiro pode explicar à família que nesta fase, o essencial é proporcionar o máximo bem-estar possível ao doente. De acordo com Neto (2010), as alterações propostas devem ser explicadas claramente aos familiares. É importante conhecer os sentimentos dos familiares tais como, a perda, a ansiedade, o sofrimento e a impotência. Podem, também, surgir sentimentos ambivalentes, já que umas vezes se teme a morte, mas outras ela é desejada porque supõe um alívio físico e psicológico do doente. Torna-se importante explicar que é normal que se sintam exaustos e que por vezes desejem que tudo termine. Estes, devem, tanto quanto possível, participar nas decisões, de modo a evitar que a simplificação de medicação ou a suspensão alimentar possa ser interpretada como desinvestimento ou abandono por parte da equipa. Pois o objectivo destas acções é evitar mais desconforto ao doente. Torna-se importante assegurar que o doente está a receber os melhores cuidados disponíveis. Esclarecer que se os sintomas estiverem controlados, se o doente não estiver agitado, é natural que não esteja a sofrer. É necessário incentivar

os familiares a prestar cuidados ao doente, o que muitas vezes os ajuda a não se sentirem impotentes perante a situação. Reforçar positivamente os cuidados dos familiares – hidratação da boca e a comunicação pelo toque. Neto (2010) refere que, durante a fase de agonia, é importante explicar aos familiares que embora o doente possa não falar, deve-se continuar a comunicar com este, proporcionando o toque afectuoso. Gonçalves (2002) assegura que o tacto e a audição se mantêm possivelmente até poucos momentos antes da morte.

As diferentes e complexas necessidades de um doente em fim de vida ultrapassam as habilitações de um só grupo profissional, pelo que se torna imprescindível trabalhar em equipa. De acordo com Neto (2010), o doente em fase de agonia exige que a equipa efectue o controlo de sintomas, eliminação de intervenções inapropriadas, evite procedimentos diagnósticos desnecessários que não tragam benefícios para o doente, evite medidas de obstinação terapêutica, simplificação da medicação, adequação da via de administração dos fármacos e preparação da família para o momento da morte. Moritz et al (2008), referem que tratamento fútil é toda a intervenção que não atenda ou que seja incoerente com os objectivos propostos no tratamento de um determinado doente. Durante o tratamento de um doente em fim de vida muitas das medidas curativas/restaurativas, podem configurar tratamento fútil, tais como: nutrição parental ou enteral, administração de drogas vasoactivas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva. Moritz et al (2008) referem que para a interrupção destas intervenções deve existir consenso dentro da equipa multidisciplinar, e também dos familiares. Sendo assim, Neto (2010) refere que é essencial identificar os sinais clínicos da fase de agonia num contexto de doença avançada, progressiva e terminal, de modo a adequar os cuidados, nomeadamente redefinir os objectivos dentro da equipa, tendo em conta o máximo conforto do doente.

3. TRABALHO DE CAMPO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros,

“ o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem (...) o título de especialista «é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização, nos termos em que a especialidade vier a ser definida” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 2)

Benner (2005) refere que um enfermeiro só se torna perito numa determinada área quando é confrontado durante o tempo suficiente com a mesma população de doentes, sendo a sua actuação comprovada pela sua enorme experiência e pelos dados científicos que possui em todas as suas acções.

Sendo assim, para obter o título de enfermeiro especialista e atingir as competências a que me propus para a prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida, torna-se essencial o trabalho de campo.

3.1. Objectivos Gerais

- Adquirir competências que permitam cuidar do doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar;
- Sensibilizar os profissionais de saúde do serviço de cirurgia geral do CHTV para a importância da prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar.

Assim, para a concretização destes objectivos, procurei obter o máximo de experiências possíveis, em contextos de trabalho que me pudessem fornecer conhecimentos e habilidades. Para que posteriormente pudesse adaptar e utilizar os conhecimentos adquiridos para melhorar a prática do meu local de trabalho – serviço de cirurgia geral do CHTV. Assim, realizei ensino clínico na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e Unidade de Assistência Domiciliária do IPOLFG,

E.P.E, na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios do IPOLFG, E.P.E e no Serviço de Cirurgia Geral do CHTV.

3.2. Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e Unidade de Assistência Domiciliária do IPOLFG, E.P.E

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do IPOLFG, E.P.E é uma equipa multidisciplinar que tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, fazendo orientação do plano individual de intervenção às pessoas internadas em estado avançado ou terminal da sua doença e aos seus familiares, para os quais seja solicitada a sua actuação, podendo em condições excepcionais prestar cuidados directos. Para além disto realiza consultadoria e orientação aos profissionais de saúde. Pode ser referenciado qualquer doente do IPOLFG, E.P.E que tenha necessidade de cuidados paliativos e que esteja internado, sendo solicitada pelo médico assistente do doente. O ensino clínico na EIHSCP do IPOLFG, E.P.E permitiu-me a aquisição de vários conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados ao doente em fim de vida numa unidade hospitalar de cuidados gerais, idêntica ao local onde exerço funções. Para além disso, permitiu-me a possibilidade de perceber a dinâmica de funcionamento de uma equipa Intra-Hospitalar de cuidados paliativos.

No âmbito deste ensino clínico surgiu a oportunidade de realizar alguns turnos na Unidade de Assistência Domiciliária (UAD), uma vez que as equipas são constituídas pelos mesmos elementos. Apesar de não estar previsto, o contacto com a UAD foi uma mais valia, pois enriqueceu bastante o meu ensino clínico, na aquisição das competências pretendidas. A UAD tem como filosofia de serviço prestar assistência domiciliária a doentes no seu domicílio, quando não se justifica o internamento e não haja contra-indicação de tratamento ambulatorio, para que o doente possa ser mantido no seu ambiente familiar.

Sendo assim, realizei estágio na EIHSCP e UAD do IPOLFG, E.P.E, no período de 27 de Setembro a 4 de Novembro, com um total de 176 horas.

3.2.1 – Objectivos Específicos

- Integrar a EIHSCP do IPOLFG, E.P.E;
- Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados paliativos em contexto hospitalar;
- Perceber a dinâmica da EIHSCP, nomeadamente vantagens e desvantagens da organização;
- Observar, se possível, a dinâmica da Unidade de Assistência Domiciliária;
- Compreender o impacto que o doente em fim de vida tem sobre os enfermeiros.

3.2.2 – Actividades

Durante o ensino clínico estágio na EIHSCP e UAD tive oportunidade de desenvolver algumas actividades que me possibilitaram a aquisição de novos conhecimentos. Tendo em conta que o meu principal interesse de aprendizagem é o doente em fim de vida na fase de agonia, vou destacar apenas esses casos em particular, fazendo uma pequena reflexão, pois como refere Benner (2005), ao meditarmos sobre a prática, compreendemos muitas das nossas observações e acções. Sendo assim, neste ensino clínico foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- Reunião informal com a Sr.^a Enfermeira orientadora para dar a conhecer o projecto de aprendizagem e o plano de actividades para a minha formação individual;

- Consulta de normas, protocolos, projectos e manuais do serviço;

A consulta destes documentos possibilitou-me uma melhor integração no serviço, pelo facto de permitirem conhecer toda a dinâmica existente.

- Realização de pesquisa bibliográfica;

Permitiu guiar e fundamentar tudo aquilo que aprendi na prática. A pesquisa foi direccionada para áreas como o controlo de sintomas, administração de terapêutica subcutânea, alimentação e hidratação em fim de vida, apoio à família, comunicação e o trabalho de equipa multidisciplinar.

➤ Observação da Prática de Enfermagem e Médica

Nesta fase de formação, em que pretendo adquirir novos conhecimentos, é essencial observar a prática de enfermagem e médica, para posteriormente poder reflectir sobre a mesma. Como refere Benner (2005) existem determinados conhecimentos que só se adquirem com a prática.

➤ Reflexão acerca das vantagens e desvantagens da EIHSCP

No decurso do ensino clínico percebi que esta organização apresenta como vantagens, a existência de médico e enfermeiros com competências na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida, com grande disponibilidade para estar com o doente e perceber quais os seus maiores problemas e a possibilidade de realizarem formação aos seus pares. Contudo, tem a desvantagem de ser uma equipa independente da equipa existente nos serviços onde prestam consultadoria, necessitando de motivar constantemente os profissionais do serviço para a colaboração no plano terapêutico instituído, o facto de não ser obrigatório pelos serviços referenciar todos os doentes em fim de vida, e por último o pouco contacto com os familiares do doente internado. Apesar de tudo seria uma mais valia para a instituição onde trabalho ter uma equipa Intra-Hospitalar de suporte em cuidados paliativos.

➤ Avaliação e Controlo de Sintomas

A EIHSCP, nomeadamente um médico e um enfermeiro observam diariamente o doente de modo a realizar a avaliação e controlo da dor. Tentam saber em que altura do dia a dor se manifesta com mais intensidade e se a terapêutica instituída está a surtir efeito. Através de algumas situações vivenciadas (anexo I, R1), pude perceber que a avaliação precoce por parte do enfermeiro e médico é essencial, de modo a não deixar que os sintomas se agravem, obtendo assim, um controlo eficaz. Ao actuar apenas perante as queixas intensas do doente, vai dificultar o sucesso da intervenção. Através desta situação (anexo I, R1), pude perceber também, que nem sempre o doente nos verbaliza que tem dor. Nesta fase a comunicação verbal está muitas vezes comprometida, pelo que se torna essencial estar atento a outras formas de comunicação. De acordo com Alves et al (2004), a avaliação da dor através da comunicação não verbal, por parte dos enfermeiros é fundamental.

Através deste ensino clínico, pude constatar que os doentes internados, na fase de agonia, tinham todos medicação analgésica de morfina por seringa infusora. Para além disso tinham terapêutica de resgate, para o caso de apresentarem dor ou para ser realizado antes de um procedimento que se adivinha doloroso. De acordo com Pereira (2010), as doses de resgate devem ser adicionadas em episódios de dor intensa que possam surgir, apesar das doses regulares de medicação.

Em relação ao controlo do delirium, houve uma situação, que me marcou especialmente (anexo I, R2), devido ao facto de a doente se encontrar numa fase de agonia, em que este sintoma afectou a sua comunicação com a família. Pude perceber, que mesmo nos últimos dias de vida, é possível atenuar o delirium com medicação apropriada. Através desta situação pude também, perceber que a comunicação com a família é fundamental. Gama e Barbosa (2010) dizem que é essencial explicar toda a situação à família. É importante explicar à família que o delirium é uma situação inesperada mas muito frequente em situações de doença avançada. O doente apresenta alternância de períodos de lucidez e confusão, e que a agitação e a confusão são expressões do mau funcionamento do cérebro e não de loucura ou dor. Gama e Barbosa (2010) referem que o delirium causa sofrimento ao doente, mas principalmente à família. Para além disso impede a comunicação numa altura em que esta pode ser de grande importância. Apesar de ser uma situação muito angustiante, pude verificar através da situação vivenciada, que uma intervenção médica e de enfermagem eficaz pode atenuar o delirium.

O estertor é um dos sintomas que mais me angustia enquanto profissional de saúde, pois é algo que não sei como controlar. Contudo, através da prática observada (anexo I, R3), pude constatar que é possível controlar este sintoma. O tratamento não farmacológico passa por posicionar correctamente o doente, de modo a não acumular as secreções. Gonçalves (2002) refere que se deve evitar o decúbito dorsal e adoptar o decúbito lateral com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente, com o pescoço ligeiramente flectido. A aspiração só deve ser realizada em casos extremos, se as secreções forem demasiado abundantes, pois provoca desconforto no doente. A hidratação artificial tende a agravar este problema por aumentar o volume das secreções.

Sendo assim, apesar desta fase da vida poder apresentar um grande sofrimento associado, pude constatar através do ensino clínico, que este foi na grande maioria das vezes minimizado, pelo apoio de enfermagem e pelo controlo eficiente dos sintomas.

Através da observação de enfermeiros peritos na área dos cuidados paliativos pude constatar a importância de reconhecer, avaliar e tratar adequadamente a dor e outros sintomas, competência fundamental na prestação de cuidados descrita por vários autores, tais como Neto (2010), Core Competences for end of life care (2009) e Curtis et al (2001).

➤ Administração de Terapêutica Subcutânea

A administração de terapêutica subcutânea pode representar uma mais-valia na fase de agonia como é descrito na situação vivenciada (anexo I, R4). De acordo com Marques et al (2005), a pouca divulgação da via subcutânea em Portugal contraria a sua importância, necessidade e especificidade, nomeadamente em cuidados paliativos. Neto (2008) refere que a utilização da via subcutânea, sobretudo em contexto de internamento hospitalar exterior aos serviços específicos de cuidados paliativos, é escassa e está ainda rodeada de algum desconhecimento. Marques et al (2005) dizem-nos que a via subcutânea pode ser usada na administração de fármacos e soros (hipodermoclise). Neto (2008) acrescenta que o espaço subcutâneo permite a administração de volumes que podem atingir 1000-1500 ml em 24 horas, sendo a região torácica e a abdominal aquelas de maior capacidade de absorção de fluidos. A principal indicação para o recurso à administração de fármacos por via subcutânea diz respeito ao período de agonia, em que existe incapacidade de deglutição. Nesta situação pode proporcionar o controlo de sintomas.

Sendo assim, a utilização da via subcutânea nos serviços de internamento gerais, pode e deve ser uma alternativa viável para o controlo de sintomas.

➤ Hidratação e Nutrição

A hidratação e nutrição são elementos essenciais à vida. A falta de um destes elementos é considerada prejudicial para o ser humano. Porém, Gonçalves (2002) diz que a anorexia é muito comum nos últimos dias de vida. É uma consequência natural do processo de morte, pelo que não se deve forçar o doente a comer. Forçar a ingestão não faz regredir a doença e pode ainda perturbar o bem-estar do doente, sem que isso contribua para as suas melhoras. Querido e Guarda (2010) acrescentam que, cientificamente não há evidência de que o facto de não comer possa antecipar a morte. Do mesmo modo a realização de hidratação nos últimos dias de vida pode não apresentar qualquer vantagem. Através do ensino clínico na UAD pude observar uma

situação (anexo I, R5), em que uma doente que se encontrava na fase de agonia apresentava recusa alimentar, e tendo em conta a situação geral da doente a equipa optou por não realizar hipodermoclise. Perante esta decisão, a família mostra-se muito ansiosa, pelo facto de a doente não se alimentar e não ter sido colocado soro. De acordo Querido e Guarda (2010), nos últimos anos tem-se gerado controvérsia em torno das vantagens e desvantagens da desidratação em cuidados paliativos. Gonçalves (2002) refere que a desidratação pode trazer vantagens como a diminuição do débito urinário, redução dos edemas, ascite e vômitos, redução das secreções pulmonares. De acordo com este autor, a atitude tradicional em cuidados paliativos é a de considerar que o sintoma principal da desidratação é a xerostomia, a qual pode ser aliviada satisfatoriamente com cuidados locais. Este autor acrescenta ainda, que não se deve hidratar por rotina, reservando os soros para as situações em que os sintomas se podem atribuir à desidratação. Esta decisão deve ser individualizada, baseada numa avaliação rigorosa de cada situação e debatida em equipa de cuidados. De acordo com Querido e Guarda (2010), a família tem a percepção de que a não ingestão de líquidos e alimentos é causadora de sofrimento para a pessoa doente em fim de vida. Estes autores referem que é importante explicar à família que as necessidades nutricionais e de hidratação diminuem durante o processo de morrer, e que a falência de órgãos causa dificuldade na digestão e absorção de alimentos e líquidos, realçando que a não hidratação, não antecipa a morte, podendo mesmo ser considerada desnecessária, levando a uma diminuição dos edemas e redução das secreções pulmonares. Do mesmo modo, a secura da mucosa oral não é reversível com a hidratação, mas sim com os cuidados à boca e com a administração de pequenas quantidades de líquidos ou gelo laminado.

Contudo, através do ensino clínico na EIHS CP, tive uma outra experiência (anexo I, R6). Em contexto hospitalar, a grande maioria dos doentes na fase de agonia permanecia com soroterapia. Querido e Guarda (2010) dizem que “morrer de sede” é um fantasma muito presente nas famílias, mas também nos profissionais de saúde. Sendo uma situação difícil de aceitar, a tendência é abusar da hidratação. A hidratação por via EV é prática comum, e cada vez mais habitual em contexto hospitalar, em situações de agudização de doença, sendo considerado um cuidado mínimo. De acordo com Gonçalves (2002), a maioria dos doentes internados nos hospitais que estão a morrer recebem automaticamente soros EV. Uma razão parece ser a crença de que a desidratação é desconfortável numa pessoa que está a morrer, outra pode ser a

atitude da medicina moderna que atribui valor intrínseco à acção, isto é, é melhor fazer alguma coisa do que não fazer nada, mesmo quando se sabe que a acção não produz benefício. Não o fazer é visto como apressar a morte.

➤ Comunicação

Sapeta e Lopes (2007) dizem que a comunicação surge como a trave mestre perante o doente em fim de vida e sua família. É a partir da comunicação que assentam todos os outros cuidados. Esta torna-se um meio para adquirir informação acerca do modo como o doente e família se sentem. Benner (2005) refere, que durante o fim de vida, uma das competências do enfermeiro é proporcionar apoio afectivo e informar as famílias dos doentes. Sendo assim, o desenvolvimento desta competência nesta fase é essencial, pois demonstra a perícia do enfermeiro. Contudo, comunicar com o doente e família em fim de vida para mim sempre foi algo complicado. De acordo com Ellershaw et al (2003), citado por Sapeta e Lopes (2007), existe uma dificuldade dos profissionais em lidar e falar do assunto “morte”. Sapeta e Lopes (2007) referem que aprender a comunicar com o doente a morrer e sua família requer treino e prática como qualquer outra habilidade técnica.

Através do ensino clínico na EIHSCP e UAD tive oportunidade de desenvolver as minhas capacidades comunicacionais. Tendo em conta que uma das minhas grandes dificuldades era a comunicação com o doente em fim de vida e família, através desta situação (anexo I, R7) pude perceber o modo correcto de abordar o doente e família. Esta experiência foi fundamental para a minha aquisição de competências, pois o perder o receio de falar com o doente e familiares acerca da proximidade da morte é algo que não se aprende nos livros, mas sim com a prática e com a observação de pessoas competentes na área.

➤ Trabalho de Equipa Multidisciplinar

Na EIHSCP e UAD realiza-se um verdadeiro trabalho de equipa, entre todos os elementos. Na EIHSCP, o médico e enfermeiros discutem os casos dos doentes diariamente. Para além disso é realizada uma reunião uma vez por semana, à qual tive oportunidade de assistir, com o médico, enfermeiros, assistente social, psicóloga e técnica administrativa. Aqui são discutidos os casos dos doentes, a forma como está a decorrer o internamento, quais são os seus maiores problemas, o que já foi melhorado e o que ainda falta ajustar. Na UAD era realizada uma reunião diária, para discutir o

modo como os doentes se encontravam, o que estava a ser realizado e o que ainda poderia ser feito. De acordo com Bernardo et al (2010), os cuidados paliativos requerem uma abordagem transdisciplinar, isto é, os elementos da equipa usam uma concepção comum, desejam juntos a teoria e a abordagem dos problemas que consideram de todos.

3.2.3. Resultados Obtidos

- Desenvolvimento de competências no controlo sintomático: capacidade para reconhecer e avaliar sintomas: dor, estertor ou delirium;
- Conhecimento de técnicas não farmacológicas e farmacológicas para a prevenção e tratamento de sintomas;
- Se o controlo de sintomas for adequado, a fase de agonia pode ser serena, tornando todo o processo de morte mais fácil para os familiares e profissionais de saúde;
- Conhecimentos científicos e práticos acerca da alimentação e hidratação em fim de vida;
- Conhecimento da técnica de colocação de cateter para administração de terapêutica subcutânea;
- Desenvolvimento de competências comunicacionais: capacidade para apoiar os familiares e fornecer informação adequada de acordo com a situação;
- O trabalho em equipa multidisciplinar permite a realização de cuidados de qualidade, sendo fundamental para atingir os resultados pretendidos;
- Conhecimento da dinâmica de uma EIHSCP.
- De acordo com Benner (2005), no final destes ensinamentos clínicos alcancei o nível Iniciado Avançado – Fui confrontada com várias situações de doentes em fim de vida, nas quais tive experiências muito idênticas. Para além disso, já consigo identificar algumas necessidades dos doentes em fim de vida e sua família.

3.3. Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios do IPOLFG, E.P.E

A Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios (UCII) do IPOLFG, E.P.E é um serviço que tem por finalidade prestar cuidados intensivos especializados a doentes

que necessitam de uma vigilância mais intensiva ou que necessitem de suporte ventilatório. O seu grande objectivo é fazer com que os doentes fiquem aptos para regressar aos seus serviços de origem e posteriormente tenham alta do hospital. A UCII do IPOLFG, E.P.E foi remodelada e inaugurada em Maio de 2010. Esta unidade dispõe de 6 camas de cuidados intensivos e 4 de cuidados intermédios, incluindo 2 quartos de isolamento. O rácio normalmente é de 1 enfermeiro para 1 doente e no máximo 1 enfermeiro para 2 doentes. Este aspecto permite a maximização da qualidade dos cuidados prestados aos doentes. O horário das visitas é das 14 horas às 15.30 horas e das 16 às 20 horas. Existe um acompanhamento de enfermagem na primeira visita à unidade, de modo a que possa ser explicado as regras da lavagem das mãos à entrada e saída da unidade e também de modo a explicar tudo o que rodeia o doente.

A passagem por um serviço de internamento, nomeadamente a UCII, onde existem doentes críticos, alguns deles em fim de vida, foi essencial para melhorar a minha aquisição de conhecimentos.

Num serviço de internamento de cuidados paliativos existe uma equipa especializada para esse fim. Trazer os conhecimentos de um serviço especializado em cuidados paliativos para o serviço de cirurgia geral seria um trabalho infrutífero, visto serem realidades muito distintas. Assim, optei por realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios do IPOLFG, E.P.E, pois é um serviço de cuidados agudos, que não é especializado em cuidados paliativos, mas onde existe um grande número de doentes em fim de vida, podendo assim equiparar ao local onde exerço funções. A UCII é um meio tecnologicamente desenvolvido com o intuito de curar e manter a vida, contudo, também aqui existem situações cujo prognóstico se torna incerto e cujas terapias agressivas falham nos seus objectivos. Aqui foi possível adquirir conhecimentos e experiências relativamente à forma de articular a filosofia dos cuidados paliativos e curativos, tantas vezes consideradas distintas.

Na UCII, tal como no meu serviço, os profissionais de saúde estão mais preparados para lidar com a cura, sendo a morte encarado como um fracasso. Devido a esta incapacidade de aceitar a morte como algo natural, a implementação de medidas paliativas pode ser algo difícil de se conseguir. Sendo assim, na UCII existem doentes numa situação crítica num ambiente de grande tecnologia, onde a promoção de cuidados ao doente em fim de vida é um forte desafio. Por isso ao desenvolver competências para cuidar o doente e família numa unidade com estas características,

penso que é uma grande preparação para cuidar o doente e família no meu local de trabalho. O meu objectivo será demonstrar que se é possível adoptar medidas paliativas numa UCII, será também possível a sua aplicação num serviço de cirurgia. Sendo assim realizei estágio na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios do IPOLFG, E.P.E, no período de 10 de Novembro a 13 de Janeiro, com um total de 168 horas.

3.3.1. Objectivos Específicos

- Integrar a equipa da UCII do IPOLFG, E.P.E;
- Prestar cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida internado na UCII, mediante orientação e supervisão;
- Identificar os recursos utilizados pelos enfermeiros para adequar os cuidados ao doente em fim de vida, quando termina o tratamento curativo;
- Desenvolver as capacidades comunicacionais com os familiares dos doentes internados;
- Compreender o impacto que o doente em fim de vida tem sobre os enfermeiros numa UCII.

3.2.2. Actividades

Durante o ensino clínico na UCII tive oportunidade de desenvolver algumas actividades que me possibilitaram a aquisição de novos conhecimentos. Tendo em conta que o meu principal interesse de aprendizagem é o doente em fim de vida na fase de agonia, vou destacar esses casos em particular. Sendo assim, neste ensino clínico foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- Reunião informal com a Sr.^a Enfermeira orientadora para dar a conhecer o projecto de aprendizagem e o plano de actividades para a minha formação individual;
- Consulta de normas, protocolos, projectos e manuais do serviço;

A consulta destes documentos possibilitou uma melhor integração no serviço, permitindo conhecer toda a dinâmica existente no serviço.

➤ Realização de pesquisa bibliográfica;

A realização de pesquisa bibliográfica é essencial, pois permite guiar e fundamentar tudo aquilo que se está a aprender na prática. A pesquisa foi direccionada para áreas como acções paliativas numa unidade de cuidados intensivos, critérios para a suspensão de tratamentos fúteis e comunicação em situações complexas.

➤ Planeamento e execução de intervenções de enfermagem ao doente em situação crítica, tendo em vista a maximização do conforto;

➤ Reuniões com a Sr.^a Enfermeira orientadora, para reflexão e análise dos cuidados paliativos aplicados ao doente na UCII, de modo a que o conteúdo e problemas que forem surgindo sejam trabalhados, dando origem a um aprofundamento e melhoria dos cuidados de enfermagem;

➤ Realização dos registos de enfermagem, de acordo com as normas do serviço;

➤ Observação da prática de enfermagem e médica;

Nesta fase de formação, em que pretendo adquirir novos conhecimentos, é essencial observar a prática de enfermagem e médica, para posteriormente poder reflectir sobre esta. Como refere Benner (2005) existem determinados conhecimentos que só se adquirem com a prática.

➤ Avaliação e Controlo da dor

Todos os doentes, especialmente os doentes sob ventilação mecânica, tem em curso medicação analgésica opióide. Contudo, na UCII não existe um controlo objectivo e rigoroso da dor. A avaliação é feita por alguns sinais indirectos, como a desadaptação ventilatória, o lacrimejo ou os valores tencionais. Tsaloukidis (2010) refere que numa unidade de cuidados intensivos, a dor é difícil de avaliar, especificamente nos casos onde não há comunicação oral entre o paciente e o enfermeiro. Neste caso, o enfermeiro tem que confiar em variáveis fisiológicas como a taquicardia e a pressão arterial. De acordo com Shorter e Stayt (2010), se a gestão da dor for adequada, a morte torna-se mais tranquila. Sendo assim, apesar de não haver uma avaliação rigorosa da dor, estive especialmente atenta aos sinais indirectos.

Houve situações em que o doente apresentou lacrimejo ou desadaptação ventilatória, tendo sido administrada medicação de resgate.

➤ Comunicação com o doente e família

Durante o ensino clínico na UCII um dos meus principais objectivos era a comunicação com a família. A comunicação com o doente e familiares foi algo que procurei desenvolver em todas as situações. Independentemente de os doentes internados na UCII estarem ou não em situação de fim de vida, estes e os seus familiares estão sempre numa situação extremamente crítica, pelo que exercitar as minhas habilidades de comunicação nesta situação, trará com certeza frutos para o meu local de trabalho. Tendo em conta a complexidade das situações clínicas e pessoais, estas serviram para desenvolver as minhas capacidades comunicacionais em situações complexas. Contudo, a comunicação perante doentes em fim de vida, em que ainda existe expectativa de cura é algo ainda mais difícil de lidar.

Martin e Koesel (2010) referem que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na facilitação da comunicação entre doentes graves e suas famílias, pelo que devem ser proficientes nas suas habilidades de comunicação. Estes autores citam um estudo que concluiu que as dificuldades de comunicação dos enfermeiros e médicos perante o doente em fim de vida e sua família estão relacionados com o desconforto sobre o tema “morte”. Sendo assim, de forma a comunicar de forma correcta com o doente e família é fundamental a aceitação da morte. Tsaloukidis (2010) menciona que o objectivo principal do enfermeiro numa UCI deve ser a criação de um ambiente calmo, a fim de estabelecer uma relação de confiança e apoio com os familiares. A Sr.^a Enfermeira orientadora referiu-me que o estabelecimento de uma relação de confiança facilita o processo de comunicação, pois as pessoas acreditam naquilo que está a ser transmitido, sendo essencial comunicar de forma assertiva e verdadeira. De acordo com Kinrade et al (2009), as famílias têm algumas necessidades básicas que devem ser cumpridas, para que estas consigam lidar melhor com a admissão do doente na UCI. Estas necessidades incluem informação, confiança, honestidade, apoio e oportunidade de estar perto do doente. Tsaloukidis (2010) refere que, o enfermeiro deve ajudar a família a compreender a situação crítica do paciente fornecendo esclarecimentos essenciais, utilizando um vocabulário simples. De acordo com Benner (2005), uma das competências do enfermeiro passa pela presença junto do doente. Contudo, neste ensino clínico esta competência foi desenvolvida com a

família. Percebi que o facto de estar presente, permitindo aos familiares exprimir aquilo que sentiam, foi algo muito importante e que significou muito para estes. Benner (2005) refere que nem sempre é necessário fazer alguma coisa pelo doente, por vezes o essencial é o simples facto de estar presente, atribuindo assim uma grande importância do toque e às relações pessoais.

Através de uma situação, que descrevo em anexo (anexo I, R8), pude perceber a grande importância da simples presença junto do doente e familiares. Ao estarmos disponíveis para ouvir as pessoas, estas sentem-se mais confiantes na prestação de cuidados.

Durante o processo de comunicação o enfermeiro deve ser verdadeiro. De acordo com Martin e Koesel (2010), o enfermeiro deve evitar fornecer uma expectativa irrealista, como por exemplo: "Não se preocupe, ele vai ficar bem". Durante este ensino clínico (anexo I, R8) aprendi a lidar com perguntas difíceis e a não fugir delas. Apesar de difícil, torna-se essencial confrontar os familiares com a gravidade da situação, preparando-os para o pior, sem contudo retirar a esperança. Por último deve ser assegurado que está a ser feito o possível para o doente melhorar.

➤ Cuidados Curativos *versus* Cuidados Paliativos

Na UCII do IPO existem doentes com doença oncológica em estágio avançado, internados por longos períodos. Estes doentes são submetidos a muitos exames complementares de diagnóstico e a grande variedade de terapêutica agressiva. Contudo, por vezes os resultados são pouco visíveis ou mesmo nulos (anexo I, R9). Martin e Koesel (2010) referem que muitas vezes os enfermeiros sentem-se constrangidos em continuar um tratamento agressivo, quando acham que o tratamento não traz qualquer benefício ao doente. Marques e Vieira (2007) dizem que apesar de em muitas circunstâncias os enfermeiros pressentirem a morte do doente, em virtude da sua experiência, a incerteza do prognóstico é um factor perturbador nas decisões, pois o facto de serem confrontados com situações de excepção, que contrariam a sua percepção, faz com que as intervenções tenham necessariamente de se dirigir no sentido da manutenção da vida, justificando frequentemente a utilização de técnicas e procedimentos que poderão por em causa a dignidade do doente.

O facto de o doente nem sempre responder de forma positiva ao tratamento instituído, está muitas vezes associado à sua patologia oncológica. Aqui pude desenvolver a minha capacidade de aceitação da morte. Percebi que esta aceitação é

fundamental para todo o processo de prestação de cuidados. A Sr.^a enfermeira orientadora referia-me que, se o profissional não aceitar a morte, vai lutar até ao fim para que a morte não aconteça, impossibilitando a comunicação com a família acerca deste assunto. Benner (2005) refere que os enfermeiros devem renunciar a tentar salvar a vida do doente a qualquer preço, enfrentar o facto de não poderem fazer muita coisa para prolongar a vida de um doente, de modo a melhorar a qualidade de vida, por mais curta que seja, dos seus últimos dias no hospital. Quando assim acontece, a equipa da UCII, em conjunto com a família optam pela limitação ou suspensão de terapêutica e instituição de medidas de conforto (anexo I, R10). Na UCII não existem protocolos neste âmbito, mas existe uma equipa extremamente sensibilizada para estas questões, que proporciona a realização de cuidados de qualidade. De acordo com Tsaloukidis (2010), quando a situação clínica do doente piora a notícia deve ser transmitida à família por um médico e um enfermeiro, em privado e fora do ambiente da UCI. Acrescenta ainda, que quando os familiares são deparados com esta notícia existe a destruição da última esperança sobre a melhoria da saúde do paciente, podendo manifestar-se por uma profunda tristeza e recusa. Esta recusa é um mecanismo de reacção de muitos familiares, pois não conseguem aceitar a verdade. Neste caso a comunicação por parte do enfermeiro é essencial, num diálogo aberto e sincero. O uso de meios de comunicação não-verbal, como a escuta e o toque terapêutico são igualmente importantes. Além disso, a maioria das vezes o silêncio é uma grande forma de ajuda. De acordo com Benner (2005) estar presente junto do doente é uma das competências do enfermeiro. Esta refere que nem sempre é necessário fazer alguma coisa pelo doente, por vezes o essencial é o simples facto de estar presente, dando grande importância ao toque e às relações pessoais.

Martin e Koesel (2010) dizem que é importante assegurar aos familiares de que a limitação ou suspensão terapêutica não é sinónimo de limitação ou suspensão de cuidados, garantindo que o doente está a receber os melhores cuidados possíveis. De acordo com Tsaloukidis (2010), a partir do momento em que se decide parar ou restringir os tratamentos, a enfermeira assume uma grande responsabilidade nos cuidados. Além das necessidades fisiológicas, as necessidades psicológicas devem ser também uma prioridade. Benner (2005) verbaliza que uma das competências do enfermeiro passa por proporcionar apoio afectivo e informar as famílias dos doentes. A limitação de terapêutica deve ocorrer de forma pausada, tendo em conta o conforto do doente e familiares. Tsaloukidis (2010) refere que nesta situação deve ser administrada

medicação apenas para o alívio da dor e intervenções como a aspiração devem ser limitadas, a fim de manter o conforto do doente. Benner (2005) declara que uma das competências do enfermeiro passa por tomar medidas para assegurar o conforto e a preservação da personalidade do doente face a um estado de extrema fraqueza e dor. Perante situações em que o doente fica com a sua personalidade alterada é essencial a equipa preservar a sua dignidade. Ou seja, é sempre possível melhorar a qualidade de vida, por mais curta que seja, dos seus últimos dias no hospital, encontrando meios para reconfortar o doente e a família.

Outra situação que aprendi neste ensino clínico, foi a importância de dar o primeiro passo para uma conversa com os familiares, perante um agravamento da situação clínica do doente, pois caso contrário os familiares tendem a adiar o confronto com esta realidade. Martin e Koesel (2010) dizem que os familiares podem não reconhecer a necessidade ou podem sentir-se desconfortáveis para iniciar uma conversa sobre a doença em fase terminal ou sobre os cuidados no fim da vida.

3.3.3. Resultados Obtidos

- Desenvolvimento de acções paliativas, num contexto curativo;
- Desenvolvimento de competências comunicacionais: capacidade para apoiar os familiares e fornecer informação adequada de acordo com a situação, mantendo uma esperança realista, permanecer junto dos familiares, tendo a capacidade de demonstrar disponibilidade;
- Aceitação da morte, como parte integrante da vida: perante o doente em fim de vida internado na UCI aceitar a morte, reconhecendo a ausência de tratamento curativo, promove a prestação de cuidados de qualidade ao doente e família;
- Capacidade para abordar os temas relacionados com o fim de vida;
- O rácio de 1 enfermeiro para 1 doente facilita a prestação de cuidados paliativos;
- O trabalho em equipa multidisciplinar permite a realização de cuidados de qualidade, sendo fundamental para atingir os resultados pretendidos;
- Constatação de que o planeamento de cuidados e redefinição de objectivos terapêuticos dentro da equipa multidisciplinar é fundamental;

limitação/suspensão de tratamentos desnecessários e instituição de medidas de conforto;

- De acordo com Benner (2005), no final destes ensinamentos clínicos alcancei o nível Iniciado Avançado – Fui confrontada com várias situações de doentes em fim de vida, nas quais tive experiências muito idênticas. Reconheço as necessidades dos doentes em fim de vida e sua família.

3.4. Serviço de Cirurgia Geral – CHTV

O serviço de Cirurgia Geral do CHTV é um serviço misto, onde homens e mulheres são submetidos a vários tipos de cirurgia. Dentro das patologias oncológicas, as cirurgias mais frequentes são a nível gastrointestinal. Os doentes recorrem ao serviço com o objectivo da cura, que nem sempre é possível. Em determinadas situações, quando o doente chega ao serviço a doença oncológica já está tão avançada, que nem tem condições cirúrgicas. Nestas situações, a grande maioria das vezes o doente acaba por passar os seus últimos dias de vida no hospital. Noutras situações, o doente é submetido a cirurgia, recupera e vai para sua casa. Quando se verifica evolução da doença oncológica, com um descontrolo de sintomas, o doente volta novamente ao serviço. No CHTV foi formada recentemente uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Contudo, esta ainda não está a funcionar em pleno, pelo que os doentes em fim de vida recebem cuidados dos enfermeiros, cirurgiões e médicos anestesiologistas. O ensino clínico no serviço de cirurgia geral decorreu de 3 de Janeiro a 31 de Janeiro, com um total de 160 horas, onde tive oportunidade de aplicar o conhecimento proveniente da evidência científica e da experiência adquirida nos ensinamentos clínicos anteriores, proporcionando momentos de reflexão acerca da prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida.

3.4.1. Objectivos Específicos

- Identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem acerca da prestação de cuidados ao doente em fim de vida;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da melhoria da prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida;

- Aplicar as competências adquiridas nos ensinos clínicos anteriores, acerca da prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar.

3.4.2 – Actividades

Durante o estágio no serviço de cirurgia geral tive oportunidade de desenvolver algumas actividades, as quais passo a descrever:

- Sensibilização da equipa multidisciplinar para a importância dos cuidados ao doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar:

De forma a motivar para a necessidade de melhorar a prática de cuidados perante o doente em fim de vida e sua família, coloquei alguns artigos no serviço, acerca do doente em fim de vida em contexto hospitalar. Desta forma, fui criando alguma expectativa acerca do que estava a aprender nos ensinos clínicos. Os enfermeiros e médicos acharam os artigos interessantes, foram lendo, fazendo observações e comentários acerca do que era descrito nos artigos e comparando com a nossa realidade do serviço.

- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem:

Com o objectivo de identificar as necessidades de conhecimentos existentes acerca da prestação de cuidados ao doente em fim de vida foi realizada uma sondagem de opinião aos enfermeiros do serviço, através do preenchimento de um impresso (anexo II). Este documento foi deixado no serviço, tendo sido explicado qual o objectivo da sua realização. O serviço é actualmente constituído por 22 enfermeiros, porém 3 enfermeiros não fizeram parte da amostra (1 o autor do relatório e 2 enfermeiros encontram-se em licença de maternidade). Sendo assim, de um total de 19 enfermeiros, 17 responderam ao questionário. O anonimato foi garantido, e para facilitar a leitura, os questionários foram numerados de 1 a 17.

Sendo assim das 17 pessoas que responderam à questão colocada, entre 19 pessoas interrogadas, 94,1% responderam que tinham necessidade de formação. Desta resposta posso concluir que a grande maioria dos enfermeiros do serviço de cirurgia geral do CHTV sente necessidade de formação acerca da prestação de cuidados ao doente em fim de vida.

Em relação às dificuldades sentidas na prestação de cuidados, os enfermeiros deram respostas relacionadas com o controlo de sintomas, com a dificuldade de aceitar a morte, com a comunicação com o doente e familiares e a dificuldade na articulação com a equipa interdisciplinar.

Através da sondagem de opinião pude identificar quais os temas que suscitavam maior interesse para a sessão de informação: controlo de sintomas na fase de agonia e a comunicação com a família.

➤ Realização de Sessão de Informação (anexo V);

A sessão de informação ocorreu no dia 26 de Janeiro, tendo sido um momento de partilha bastante positivo. O facto de saber quais os temas de maior interesse e as dificuldades sentidas durante a prestação de cuidados permitiu delinear de melhor forma a sessão (anexo III). Foi possível a transmissão dos conhecimentos adquiridos acerca da prestação de cuidados ao doente em fim de vida em contexto hospitalar, proveniente da evidência científica e da observação prática de contextos de trabalho diferentes.

Através das respostas de alguns colegas na sondagem de opinião, constatei que lidar com o doente que morre é uma das grandes dificuldades. Alguns colegas responderam que a sua maior dificuldade na prestação de cuidados era “lidar com a degradação global do ser humano”, “lidar com o sofrimento” e “confrontar-se com as angústias, medos... do doente e família”. O conhecimento destas dificuldades dos colegas, que constituía também, uma das minhas dificuldades, fez com que durante a sessão de informação proporcionasse um momento de partilha de situações anteriormente vivenciadas no serviço. O facto de ter apresentado estes resultados perante o grupo, fez com que todos percebessem que as suas dificuldades eram sentidas por todos. Transmiti que para ultrapassar esta dificuldade é essencial a tentativa de aceitação da morte. O facto de cada um de nós não se sentir à vontade com este tema, pode levar a um afastamento do doente, no momento em que a presença do enfermeiro é essencial. De acordo com Hennezel e Leloup (2000), deve-se aceitar a morte como parte da vida. O tempo que antecede a morte é o tempo das últimas permutas de vida, o tempo de fechar o circuito. Acompanhar estes tempos exige uma aceitação do inevitável, que é a morte. Isto implica o reconhecimento dos nossos limites humanos, ou seja, não podemos impedir ninguém de morrer, nem impedir um certo sofrimento afectivo e espiritual que faz parte do processo de morrer

de cada um. Contudo, estes autores referem que o enfermeiro pode impedir que o sofrimento da pessoa seja vivido em solidão. Abiven (2001) acrescenta que é preciso descentralizar o nosso olhar sobre a pessoa que está doente, e focalizarmo-nos na pessoa que ainda está viva. O espelho dos nossos olhos não deve devolver ao doente a imagem do seu declínio. Isto não significa, nem uma fuga da nossa parte, mas sim uma atitude estratégica que permite ir mais além do sofrimento, tanto para o doente como para nós próprios.

Em relação ao controlo da dor, alguns colegas referiram na sondagem de opinião: “dificuldade no controlo da dor” e “ausência muitas vezes de medicação de acordo com a situação”. Na sessão de informação transmiti aos colegas que a nossa avaliação da dor estava a ser realizada de modo correcto. No local onde exerço funções é feita uma avaliação rigorosa da dor, sendo registada em todos os turnos. Quando o doente manifesta dor, nós contactamos o médico que prescreve medicação. Contudo esta nem sempre é a mais adequada, ou não surte o efeito desejado, como muitos colegas referiram. Transmiti aos colegas a realidade que pude observar nos ensinamentos clínicos anteriores. O facto de a maioria dos doentes na fase de agonia não apresentarem dor, estava relacionado com o início precoce da medicação. De acordo com Al-Qurainy, Collis e Feuer (2009), se houver uma intervenção precoce, o controlo de sintomas será mais eficaz. Perante um doente oncológico, mesmo que este não manifeste dor, é necessário ser observado desde o início pela consulta da dor. O adiamento desta observação leva a um mau controlo da dor. No local onde exerço funções, esta observação é solicitada pelo médico assistente. Contudo, na grande maioria das vezes este contacto é apenas realizado caso o doente apresente dor intensa, tornando-se difícil de controlar. A resolução para esta situação só será colmatada pela mudança de atitude dos médicos e enfermeiros ou pela elaboração de um protocolo.

Outro aspecto, que transmiti na sessão de informação, foi a possibilidade de realizar a prevenção do estertor a nível farmacológico. Mas esta prevenção só é possível se for instituída medicação de forma precoce. Aqui, mais uma vez a elaboração de um protocolo torna-se fundamental. Expliquei também, de que forma as intervenções não farmacológicas podem aliviar este sintoma.

Outra das dificuldades sentidas pelos enfermeiros, descritas na sondagem de opinião, é “dificuldade em comunicar com os familiares”, “apoio aos familiares”, “conseguir comunicar com o doente e família a fim de lhes diminuir a angústia sem

dessa forma criar expectativas ilusórias ao doente e/ou família “, “não saber o que dizer ao doente e família”. Na sessão de informação transmiti, que apesar de esta ser uma dificuldade sentida por muitos de nós, é importante esforçarmo-nos e arranjar estratégias para a ultrapassar. Os profissionais de saúde que trabalham no hospital frequentemente não estão preparados para lidar com a morte. Tenho consciência que a comunicação com o doente em fim de vida e sua família não é de todo um processo fácil ou linear, é algo que depende de muita formação e empenho, mas sobretudo de amadurecimento pessoal e profissional. Araújo e Silva (2007) dizem que, embora os enfermeiros a considerem muito importante, têm alguma dificuldade na comunicação com os doentes em fim de vida, pois sentem-se mal preparados. Estes autores referem ainda, que o doente nesta fase da sua vida valoriza o relacionamento humano, através da comunicação verbal, como uma simples conversa, e que muitas vezes o enfermeiro evita o contacto verbal, afastando-se por não saber trabalhar os sentimentos. Pacheco (2004), refere que muitos enfermeiros não estão preparados para enfrentar a morte, sentindo dificuldade em comunicar com o doente, limitando-se a prestar cuidados apressados e ritualizados, impossibilitando assim a comunicação efectiva com o doente e família. De acordo com Garcia (2002), o enfermeiro deve evitar a sensação de “não saber o que dizer”, pois este aspecto pode comprometer a comunicação. Sancho (1998), citado por Garcia (2002), diz que, averiguar o que o doente sabe, o que quer saber e o que está preparado para saber, é uma atitude muito importante por parte do enfermeiro. Mittag (1996), citado por Garcia (2002), refere que na comunicação, o melhor guia é o próprio doente, ou seja deve-se escutar o que o doente tem a perguntar e deixar-se guiar por ele. Pacheco (2004) diz que é importante não forçar a situação no sentido de levar a pessoa a falar sobre a morte, contudo, ao ser abordado o tema da morte, o enfermeiro não deve fugir ao assunto ou desviar a conversa, pois este aspecto prejudica a sua relação com o doente. De acordo com Garcia (2002), quando o doente fala da sua morte, e à medida que se processa a adaptação à doença, o doente irá conseguir lidar com a sua terminalidade de forma objectiva, sendo fundamental o enfermeiro perder o medo de falar a este nível e responder de forma adequada.

Na sondagem de opinião foram identificadas dificuldades relacionadas com o trabalho de equipa multidisciplinar: “articulação com a equipa alargada: médico, enfermeiro, oncologista, dietista, psicólogo, etc.” e “comunicação com os médicos”. De facto, um dos aspectos fulcrais para poder praticar cuidados paliativos passa pelo

desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e com objectivos comuns. Não existindo a nível do hospital uma equipa especializada em cuidados paliativos no activo, torna-se essencial que a equipa existente no serviço trabalhe em conjunto para o bem-estar do doente. De acordo com Schulte e Crump (2009), a equipa multidisciplinar deve saber estabelecer um plano de cuidados com o doente. Se a equipa não conseguir partilhar decisões e planos de cuidado, trabalhando isoladamente entre si e sob diferentes objectivos, pode gerar sentimentos contraditórios e de difícil inclusão na prática de trabalho. Al-Qurainy, Collis e Feuer (2009) acrescentam ainda que, a maioria das famílias recebe informações contraditórias de diferentes membros da equipa, não sendo preparadas para a morte. Contudo, através da sessão de informação alertei para o facto de trabalhar em cooperação com outras áreas não significa trabalhar sem conflitos, uma vez que estes são inevitáveis e universais.

O doente em fim de vida exige cuidados específicos. Dentro dos profissionais de saúde, os enfermeiros são quem passa mais tempo com o doente. Devido à maior proximidade e disponibilidade pessoal face às suas necessidades, são os profissionais de saúde em melhores condições para acompanhar este ser humano em situação de vulnerabilidade, ao mesmo tempo que atende a família, fazendo com que participe nos cuidados, informando-a e apoiando-a. Perante o doente internado num serviço de cirurgia geral, muitas vezes os profissionais de saúde deparam-se com dúvidas acerca da prestação de cuidados ao doente e família, como é referido pelos colegas na sondagem de opinião “por vezes é difícil saber quais são as intervenções que ainda temos para oferecer aquele doente/família”, “prestar cuidados sem saber muito bem se estamos a prestar os melhores cuidados”. A partir destas afirmações pude constatar que os meus colegas também sentiam a necessidade de ter algum documento que pudesse guiar as acções, de modo a estarmos seguros de estar a prestar os melhores cuidados. De acordo com Chan e Webster (2010), os protocolos para os cuidados em fim de vida visam guiar a realização de tratamentos e auxiliar a tomada de decisão. Al-Qurainy, Collis e Feuer (2009) referem que o protocolo pode ser útil, para evitar intervenções desadequadas à situação do doente. Estes autores citam um estudo australiano a doentes com cancro em fim de vida, mostrando que 49% receberam fluidos EV, 27% receberam antibióticos EV, 5% permaneceram com nutrição parental e 78% fizeram exames complementares de diagnóstico nas últimas 48 horas de vida. Só 27% dos doentes tinham um plano de tratamento documentado (com metas de

cuidados paliativos e suspensão de tratamentos inadequados e investigações) antes da 48 horas antes da morte. Portanto, torna-se essencial definir um plano de cuidados adequados ao doente e família. Outra vantagem da existência de um protocolo é a satisfação no trabalho, ou seja prestar cuidados sabendo que se está a prestar os melhores cuidados, faz com que o profissional de saúde se sinta satisfeito consigo próprio. A ausência de um guia de cuidados, faz com que a pessoa não possa comparar os cuidados prestados, com os cuidados ideais, ficando a dúvida se estão a proceder correctamente.

De acordo com Walker e Read (2010), o LCP (Liverpool Care Pathway) é um exemplo de um protocolo para a prestação de cuidados ao doente em fim de vida. O LCP constitui um conjunto de estratégias desenvolvidas pela Royal Liverpool University e o Liverpool Centro de Marie Curie. Os objectivos deste protocolo são promover cuidados de saúde adequados. Centra-se no doente que está a morrer e nas suas necessidades holísticas. Fornece orientações sobre medidas de conforto, a suspensão de intervenções inadequadas e cuidados à família. Enquanto numa unidade de cuidados paliativos, os cuidados são prestados por uma equipa especializada para esse fim, no hospital, os nossos doentes que estão em fim de vida, e mais precisamente na fase de agonia, recebem um tratamento, que por vezes não é o mais correcto, por dúvidas e falta de formação dos profissionais. Eu, e muitos colegas sentimos necessidade de haver mais uniformidade na prestação de cuidados. Partindo destas referências, penso que a implementação de protocolos visando o doente em fim de vida, é de extrema importância em todos os serviços hospitalares, de modo a haver uma uniformidade e melhoria nos cuidados prestados ao doente e família.

A sessão de informação foi bastante positiva. Durante a apresentação os colegas mantiveram-se bastante atentos e interessados. Foi interessante verificar que o facto de ter transmitido os conhecimentos adquiridos através da bibliografia consultada, mas também da prática de outras realidades hospitalares foi bastante benéfico. O sucesso da sessão de informação foi evidenciado pelo interesse demonstrado, pelos comentários e questões colocadas. Um dos colegas comentou que só o facto de abordar esta temática, é por si só algo difícil, mas que se tornava essencial. Outro colega referiu que seria importante, continuar a realizar formações relacionados com este tema, para que houvesse oportunidade de discutir as situações que vão surgindo, de modo a melhorarmos a prestação de cuidados. Fiquei bastante satisfeita, pois os objectivos que foram delineados foram atingidos, tendo conseguido

transmitir grande parte das informações que pretendia. Contudo, houve temas que gostaria de ter tratado com mais pormenor, e que serão abordados em sessões futuras, se possível em articulação com a recente Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHTV.

➤ Desenvolvimento das competências: Controlo de sintomas e comunicação:

Em relação ao controlo de sintomas verifica-se uma mudança no meu comportamento durante e após a realização do ensino clínico na EIHSCP, UAD e UCII (anexo I, R11 e R12). Após a realização destes ensinamentos clínicos, fiquei mais desperta para a importância do enfermeiro no controlo de sintomas. Perante um doente com doença oncológica, mesmo que não apresente queixas álgicas, torna-se importante incentivar o médico assistente para pedir observação pela consulta da dor. O facto de não se esperar pelas queixas do doente vai fazer com que os resultados no controlo de sintomas sejam mais eficazes e consequentemente o seu alívio. Os conhecimentos adquiridos acerca da comunicação fizeram com que me sentisse mais preparada para abordar o doente e seus familiares. Apesar de ainda apresentar alguma dificuldade em falar acerca da morte, sei agora que é essencial ouvir o doente e falar com o doente acerca deste assunto, sempre que este o desejar. Por outro lado, ouvir os familiares, e confortá-los, elogiando os seus cuidados e a sua presença junto do doente.

Após a realização dos ensinamentos clínicos anteriores consegui adoptar uma postura diferente no local onde exerço funções (anexo I, R12). Apesar de em determinadas situações ainda ter alguma dificuldade, os conhecimentos que foram adquiridos em conjunto com a prática observada possibilitaram uma maior segurança para a aproximação e comunicação com o doente e família.

➤ Definição de um grupo de trabalho para a elaboração de um Protocolo de Actuação – Cuidados ao doente oncológico em fim de vida:

O meu objectivo inicial era propor a formação de um grupo de trabalho, a nível hospitalar. Porém, desconhecia a recente formação da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, constituído por duas enfermeiras, uma anestesista, uma médica de medicina interna e uma psicóloga. Apesar de estar formado este grupo ainda é muito recente, não tendo nenhum projecto, nem trabalho realizado. Tendo em conta esta formação recente e o meu trabalho desenvolvido, fui convidada pelo Sr. Enf.

Director do CHTV a integrar este grupo, com vista à realização de futuros trabalhos neste âmbito.

3.4.3. Resultados Obtidos

O desenvolvimento e a inclusão de uma perspectiva paliativa durante o acompanhamento de doentes e famílias em contexto hospitalar exigem grandes mudanças a nível organizacional, profissional e pessoal. Através da investigação, auto reflexão e dos ensinamentos clínicos anteriores consegui alcançar:

- Capacidade para sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da prestação de cuidados de qualidade ao doente em fim de vida e sua família;
- Capacidade para reconhecer e avaliar sintomas que o doente pode apresentar: dor, estertor ou delirium;
- Aplicação dos conhecimentos acerca do controlo sintomático apreendidos nos ensinamentos clínicos anteriores;
- Promoção da observação precoce do doente em fim de vida, pelo médico anestesista, afim de melhorar o controlo de sintomas;
- Aplicação das habilidades comunicacionais apreendidas nos ensinamentos clínicos anteriores;
- Capacidade de permanecer junto do doente e família, estimulando um diálogo aberto e sincero;
- Promoção do trabalho de equipa multidisciplinar, pela redefinição de objectivos terapêuticos;
- Agir como elemento de referência no serviço;
- Integração na EIHSCP do CHTV;
- De acordo com Benner (2005), no final destes ensinamentos clínicos alcancei o nível Iniciado Avançado – Fui confrontada com várias situações de doentes em fim de vida, nas quais tive experiências muito idênticas, reconhecendo as necessidades dos doentes em fim de vida e sua família, conseguindo realizar uma planificação dos cuidados. Tendo em conta os conhecimentos que foram adquiridos, sinto-me mais segura e com mais capacidade para atender às necessidades doente em fim de vida e sua família. Contudo falta-me mais experiência para atingir o nível de proficiente e perita.

4. PERSPECTIVA ÉTICA

A enfermagem tem-se debruçado com particular interesse ao estudo desta temática, da qual resultou a criação do Código Deontológico dos Enfermeiros. A temática do doente em fim de vida envolve aspectos complexos no domínio da saúde e actividade humana, principalmente no que diz respeito à dignidade, autonomia, beneficência e maleficência. Sendo assim, torna-se importante reflectir acerca de alguns dilemas éticos que ocorreram durante o trabalho de campo.

De acordo, com Marques e Vieira (2007), dignidade significa ser tratado com respeito, considerar a pessoa como fim e não como meio. Contudo, perante o doente em fim de vida, a dignidade torna-se algo difícil de avaliar, pois o próprio internamento ou as alterações da imagem corporal, como refere Pacheco (2004) podem afectar a sua dignidade. Sendo assim, perante isto, no ensino clínico todos os doentes tinham a sua dignidade afectada. Apesar dos esforços dos profissionais, este pode ser um objectivo muito difícil de cumprir, devido à complexidade de toda a situação.

A autonomia do doente em fim de vida fica na grande maioria das vezes comprometida. Na UCII, a grande maioria das vezes os doentes encontravam-se sob ventilação mecânica, o que os impedia de tomar qualquer decisão autónoma. De acordo com Cavalieri (2001), quando o doente não responde ao tratamento curativo, e é preciso tomar uma decisão, acerca de continuar a avançar ou não com medidas agressivas, o doente na grande maioria das vezes está incapaz de participar na decisão. Esta situação pode ser salvaguardada, por um planeamento do doente ainda consciente, junto dos profissionais de saúde. Cavalieri (2001) refere ainda que, os médicos devem incentivar o diálogo sobre os cuidados no final da vida e promover o uso de directrizes antecipadas para que a autonomia do doente possa ser preservada em qualquer circunstância. Na EIHSCP, um doente com uma doença oncológica avançada estava internado, devido ao facto de ter sofrido uma grande hemorragia no local do tumor a nível cervical. Após ter estabilizado, a EIHSCP conversou com o doente, pois tendo em conta, que é uma situação que causa uma grande ansiedade, foi questionado, se caso aquela situação voltasse a acontecer, se ele preferia ficar acordado ou mais a dormir. O doente respondeu que queria ficar o mais acordado possível. Sendo assim, a equipa conhece os desejos do doente, e numa situação de

crise pode respeitar os seus desejos e a sua vontade. Mesmo que não seja a atitude que a equipa ache a mais correcta.

Segundo Cavalieri (2001), a autonomia do doente deve prevalecer sobre o paternalismo. Contudo, na UCII, na EIHSCP ou mesmo no serviço de cirurgia geral, são os familiares que assumem a grande maioria das decisões ou mesmo os próprios médicos. De acordo com Cavalieri (2001), devido à dificuldade em discutir as questões de fim de vida com os doentes, os médicos recorrem frequentemente aos prestadores de cuidados para tomar decisões no lugar do doente. Marques e Vieira (2007) dizem que, em circunstâncias extremas, o princípio da beneficência surge como prioritário e justifica que se decida pelo doente. Contudo, a tentação de decidir pelo outro é permanente. Esta acção pode ser considerada uma violação do princípio da autonomia. No serviço de cirurgia geral, perante um doente consciente e capaz de tomar decisões, o médico na grande maioria das vezes apenas comunica a situação à família. Esta por sua vez não a transmite ao seu familiar. É como se escondessem ao doente a sua própria morte. Cavalieri (2001) acrescenta que, na maioria das vezes a pessoa não sabe que vai morrer, ou se sabe é apenas por intuição, porque, todos lhe escondem a verdade. Não lhe dão oportunidade de conversar sobre a sua morte. Cria-se assim uma barreira de silêncio à volta da pessoa que vai morrer. É assumida aqui uma atitude paternalista pelo médico e pelos próprios familiares, interferindo na sua vontade e capacidade de decisão. Como enfermeira vejo-me muitas vezes obrigada a compactuar com esta situação. De acordo com Pacheco (2004), na prática do quotidiano não é permitido muitas vezes ao enfermeiro falar ou agir em defesa do doente, uma vez que a sua atitude pode contrariar determinados procedimentos de outros profissionais. Apesar de saber que o doente tem direito à verdade, o enfermeiro vê-se impedido de falar com o doente, por imposição do médico que acha que aquela deve ser ocultada.

Por outro lado, apesar de o doente ter direito à verdade, nem sempre é um dever transmiti-la. Pacheco (2004) refere que a verdade só deve ser transmitida ao doente, se este a quiser ouvir. O que acontece frequentemente no serviço de cirurgia geral é o próprio doente adoptar uma atitude passiva perante o médico e os seus familiares. Pacheco (2004) refere que o doente frequentemente adopta uma atitude passiva, pois acredita que o médico sabe o que é melhor para si. Não quer dizer que o médico não queira o melhor para o doente, mas por vezes as atitudes médicas e curativas são tão valorizadas que se esquece um pouco a pessoa do doente. Pacheco

(2004), refere que nesta situação o enfermeiro é o profissional de saúde mais indicado para defender o doente e manter a sua autonomia. O enfermeiro deve informar o doente acerca dos seus direitos, assegurando que foram compreendidos (contudo, muitas vezes vê-se impossibilitado de informar o doente dos seus direitos para não colidir com outros profissionais) e ajudar o doente a tomar uma posição, discutindo com ele as melhores alternativas. Sendo assim, torna-se importante o enfermeiro incentivar os familiares ou médicos a informar o doente da sua situação, de forma a promover um diálogo aberto e sincero.

Uma das situações que mais me causa angustia na prestação de cuidados ao doente em fim de vida é a realização de tratamentos agressivos e considerados fúteis. Pude constatar que o doente na UCII sofre um inúmero de tratamentos agressivos. No serviço de cirurgia geral, esta realidade verifica-se na grande maioria das vezes. De acordo com Pacheco (2004), a utilização de todos os meios disponíveis no tratamento de uma pessoa é um dever dos profissionais de saúde, sempre que haja uma possibilidade de cura. Contudo, Marques e Vieira (2007), referem que os recursos tecnológicos devem ser usados de modo racional, evitando utilizar determinados recursos quando o doente já não obtém qualquer tipo de benefício. Twycross (2003) diz ainda que, os benefícios potenciais do tratamento devem ser ponderados relativamente aos riscos e malefícios potenciais. Moritz et al (2008) referem que, visando a não-maleficência o médico está autorizado a suspender intervenções fúteis, que somente prolongam o morrer, sem trazer benefícios ao doente. Contudo, este tipo de decisões nem sempre é fácil. Para a interrupção destas intervenções deve existir consenso dentro da equipa multidisciplinar, explicando a razão aos familiares.

Através da realização destes ensinamentos clínicos pude constatar que não existe justiça na recepção dos cuidados paliativos. Embora, esta prática esteja cada vez mais difundida, ainda não é acessível de igual modo para todos os doentes. Apesar de constituir um direito humano existe uma assimetria no acesso a este tipo de cuidados.

Sendo assim, a ética constitui um elemento fulcral na enfermagem, pois fornece uma base estruturada que serve de orientação para os cuidados, tendo como finalidade a prestação de cuidados de qualidade promotores do bem-estar do indivíduo e família. Na prestação de cuidados tão complexos, é essencial os profissionais recorrerem a estes valores para orientar de melhor forma a sua prática diária.

5 - LIMITAÇÕES DO TRABALHO E PERSPECTIVAS FUTURAS

Com a realização deste trabalho adquiri inúmeros conhecimentos e capacidades para a prestação de cuidados ao doente em fim de vida em contexto hospitalar. Contudo este trabalho apresentou algumas limitações. O factor tempo foi limitativo. A realização do ensino clínico em simultâneo com a minha actividade profissional proporcionou a aquisição de conhecimentos de forma intensiva. A possibilidade de mais tempo para experiências e para reflectir sobre as mesmas seria de toda benéfico. No local onde exerço funções existe uma equipa médica e de enfermagem motivados para aceitar o doente em fim de vida e adoptar acções paliativas. Contudo, perante as situações específicas ainda não existe uma total concordância de acções. Surgem ainda muitos conflitos perante acções paliativas e curativas. Perante isto, gostaria de ter realizado um documento escrito que pudesse guiar os procedimentos de enfermagem, de forma a uniformizar as práticas.

Estou extremamente orgulhosa do caminho percorrido, apesar de saber que não está acabado, sentindo-o como um grande desafio. O desenvolvimento deste percurso e o reconhecimento do meu trabalho possibilitou-me a integração na recente equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHTV. O meu projecto vai ser constituir um elemento activo neste grupo. Pretendo realizar futuras sessões de informação no âmbito do doente em fim de vida, nomeadamente, colocação de cateter subcutâneo, comunicação com o doente e família, hidratação em fim de vida e acções de enfermagem e médica consideradas fúteis e aspectos éticos na prestação de cuidados, que gostaria de realizar em colaboração com a equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHTV.

Para além disso, estou a planear realizar um protocolo de actuação para a prestação de cuidados ao doente em fim de vida em colaboração com a equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHTV. Desta forma, poderá haver uma uniformização das práticas e o desenvolvimento e melhoria da prestação de cuidados.

6 - CONCLUSÃO

No início desta etapa pensei que iria ter alguma dificuldade em obter conhecimentos específicos sobre a aplicação da filosofia e práticas de cuidados paliativos em contexto hospitalar. A pesquisa bibliográfica revelou-me a existência de inúmeros estudos e livros acerca deste assunto, o que me possibilitou a consolidação de conhecimentos.

Houve necessidade de conhecer outros contextos de trabalho, como fornecedor de aprendizagens. Como tal, a construção de um saber mais específico e orientado para as necessidades de formação sentidas decorreu em simultâneo com a observação, intervenção e consolidação de práticas de cuidados, em diferentes contextos. A passagem pela EIHSCP e UAD do IPOLFG, E.P.E, foi essencial para o decurso deste projecto. Aqui foi possível verificar a realização de um controlo de sintomas e um acompanhamento familiar em tudo idêntico ao descrito pelos autores presentes na revisão de literatura, bem como a existência de um verdadeiro trabalho de equipa. Aqui a perspectiva de cura não existe, e portanto todas as acções são efectuadas com o intuito de promover o conforto de doente.

O ensino clínico na UCII do IPOLFG, E.P.E, teve um contributo, que em muito superou as minhas expectativas. É um serviço onde são praticadas terapias agressivas para a manutenção da vida, e onde existe uma equipa mais preparada para desenvolver intervenções de cariz curativo. Contudo, a adaptação de um serviço com estas características a doentes em fim de vida, que já não apresentam tratamento curativo, permitiu-me o desenvolvimento de várias competências, principalmente ao nível da comunicação com os familiares e do trabalho de equipa multidisciplinar.

O local onde exerço funções – Serviço de Cirurgia Geral do CHTV – sendo um serviço essencialmente vocacionado para a cura, a importância de promover a formação dos profissionais para a prestação de cuidados ao doente em fim de vida tornou-se essencial. A aquisição de conhecimentos e competências permitiu-me assumir um lugar de apoio na equipa de enfermagem. Actualmente já consigo proceder de forma diferente no que concerne, por exemplo, à partilha de informação com a equipa e família e ao controlo sintomático do doente em fim de vida. A comunicação entre os enfermeiros e a família tem tido maior expressão, o que tem levado a uma maior satisfação manifestada pelos familiares. Contudo, a prestação de cuidados de

qualidade não depende apenas de alguns elementos da equipa de forma isolada e informal. Este projecto capacitou-me para integrar de forma activa a recente equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHTV, promovendo a realização de actividades e documentos que possibilitem uma melhoria na prestação de cuidados.

De salientar que para a consecução dos meus objectivos interferiram também alguns profissionais significativos. O contributo profissional do orientador deste relatório, a Sr.^a Enf. Antónia Espadinha, assim como a Sr.^a Enf. Sandra Neves, Sofia Lupi, Francisca Coimbra e Cátia Correia – EIHS CP e UAD do IPOLFG, E.P.E – e a Sr.^a Enf. Fernanda da Conceição – UCII do IPOLFG, E.P.E – e por último a Sr.^a Enf. Adémia Relvas – Serviço de CHTV – foram fulcrais para o esclarecimento de dúvidas e para iluminar o percurso.

Os serviços de cuidados paliativos e os serviços de cuidados intensivos parecem representar, no nosso país, realidades opostas e até antagonistas. Porém, no meu contexto profissional encontro situações idênticas dos dois serviços. A prática de ambas as filosofias não só é ideal, como é obrigatória para permitir uma correcta prestação de cuidados. Ambas possuem pontos em comum que, à primeira vista, podem não ser visualizáveis. A abordagem curativa e paliativa, *em continuum*, e de forma gradual – com predomínio da abordagem curativa no início e da abordagem paliativa no fim – são essenciais para responder às necessidades dos doentes e família. Tanto a medicina intensiva como a medicina paliativa têm em comum um doente e uma família, e a responsabilidade de lhes prestar cuidados dentro das melhores condições possíveis. Ambos detêm a responsabilidade de proteger a vida do doente e família, com qualidade, não adiando a morte, mas também não a acelerando.

Creio que, após este projecto de formação obtive competências para efectuar uma prestação de cuidados diferente, mais adequada às necessidades do doente e família. Contudo, este resultado não é, em si, um produto acabado, mas antes um resultado que irá ser aperfeiçoado através da experiência profissional e pessoal. A aquisição das novas competências verificar-se-á, na minha opinião, ao longo do resto da minha actividade profissional. No entanto, foi com este projecto que dei o importante passo de início de desenvolvimento destas competências e, foi através dele, que me sinto capaz de desenvolver um trabalho de cuidar diferente.

7 – BIBLIOGRAFIA

ABIVEN, Maurice (2001) – **Para uma morte mais humana – experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos**. 2ªedição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-25-8;

AL-QURAINY, R.; COLLIS, E.; FEUER, D. (2009) - Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions. **International Journal of Clinical Practice**. Março, 2009. ISSN 1368-5031. Acedido em 8/12/2010. Disponível em:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010191447&lang=pt-br&site=ehost-live>;

ALVES, Sandra; [et al] (2004) – Cuidados Paliativos. In: **Enfermagem Oncológica**. Coimbra: Formasau. ISBN 9728485417. p. 139-159;

APCP – Reflexão da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos sobre as “Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais”. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/carta_parecer_aport_bioetica.pdf;

ARAÚJO, Mónica M. T; SILVA, Maria J. P. (2007) – A Comunicação com o doente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o optimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 41, Nº4, p. 668-674. Acedido a 3/05/10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400018;

BARBOSA, António (2010) – Ética Relacional. In: BARBOSA, A. ; NETO, I.(Editores). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ªedição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 661-691;

BENNER, Patrícia (2005) – **De Iniciado a Perito**. 2ªedição. Coimbra: Editora Quarteto. ISBN 989-558-052-5;

BERNARDO, A; ROSADO, J; SALAZAR, H. (2010) – Trabalho de Equipa. In: BARBOSA, A. ; NETO, I.(Editores). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ªedição. Lisboa:

Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 761-772;

CAPELAS, M; NETO, I.(2010) – Organização de Serviços. In: BARBOSA, A; NETO, I.(Editores). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ªedição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 785-814;

CAVALIERI, Thomas A. (2001) - Ethical Issues at the End of Life. **Journal of the American osteopathic association**. Vol. 101, nº 10 (Outubro 2001). Acedido a 18/2/2011. Disponível em: <http://www.jaoa.org/cgi/reprint/101/10/616.pdf>;

CHAN, R; WEBSTER, J. (2010) - End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. **The Cochrane Collaboration**. Acedido a 9/1/2010. Disponível em: http://www.cochranejournalclub.com/management-of-constipation-clinical/pdf/CD008006_standard.pdf;

Core Competences for end of life care. (2009) - Department of Health and the National End of Life Care Programme. Acedido a 9/12/2010. Disponível em: http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/Core_competences_framework.pdf;

COSGROVE, J; NESBITT, I; BARTLEY, C. (2006) – Palliative care on the intensive care unit. **Current anaesthesia and critical care**. Acedido a 9/12/2010. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WD6-4M33SK5-1&_user=10&_coverDate=12%2F31%2F2006&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=27d308c3195e9f77d346206504e1127e&searchtype=a;

COSTA, Carla; [et al] (2007) – Dor Oncológica. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. Lisboa. Vol XIII, nº6 (Novembro/Dezembro 2007). ISSN 0873-2159. p. 855-867;

COSTA, Maria; [et al] (2005) – **O Cancro e a qualidade de vida**. Ponticor – Realizações Gráficas. ISBN 972-9119-94-5;

CURTIS, JR [et al] (2001) - Understanding physicians' skills at providing end-of-life care perspectives of patients, families, and health care workers. **Journal Of General Internal Medicine**. ISSN 08848734. Acedido a 17/2/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11251749&lang=pt-br&site=ehost-live>;

DGS (2004) – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010**. Acedido a 5/06/10. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_224.html;

FRIAS, Cidália (2003) – **A aprendizagem do cuidar e a morte, um desígnio do enfermeiro em formação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-50-9;

GAMA, G; BARBOSA, A.(2010) – Delirium. In: BARBOSA, A; NETO, I.(Editores). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ªedição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 367-385;

GARCIA, Susana (2002) – Comunicação enfermeiro/doente oncológico terminal em contexto hospitalar. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871 6196. Ano 14, nº165 (Abril 2002). p. 20-25;

GODINHO, Natércia (2010) – **Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações**. Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. 2010. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/7BD0359A-244A-483C-AA99-689165F3057C/0/GUIA_DEFIN_TRAB_2010.pdf ;

GOMES, Ana (2010) – O cuidador e o doente em fim de vida – família e/ou pessoa significativa. **Enfermeria Global**. ISSN 1695-6141. Acedido a 7/12/10. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf;

GONÇALVES, Ferraz (2002) – **Controlo de Sintomas no Cancro Avançado**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972 31 0960 3;

HENNEZEL, Marie de; LELOUP, Jean-Yves (2000) – **A Arte de Morrer**. 2ªedição. Editor: Editorial Notícias. ISBN 9789724609201;

KINRADE, Trish; [et al] (2009) - The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. **Australian Journal of Advanced Nursing**. ISSN: 0813-0531. Acedido a 9/1/2011. Disponível em: <http://www.ajan.com.au/Vol27/Tomnay.pdf>;

MAGALHÃES, José Carlos (2009) – **Cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Editora Coisas de Ler. ISBN 978-989-8218-07-0;

MARQUES, Paulo; VIEIRA, Margarida (2007) – Princípios éticos no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras da dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em unidades de cuidados intensivos. **Centro universitário São Camilo**. p. 45-55. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/57/Principios_eticos_gerais_no_agir_em_enfermagem.pdf;

MACHADO, Maria do Céu; [et al] (2010). FROM 15 TO 115 YEARS OF LIFE **Mortality trends in Portugal 2000-2008**. Acedido a 30/01/2010. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/12/estudo_mortalidades.pdf;

MARQUES, Cátia; [et al] (2005) – Terapêutica subcutânea em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. p.563-568. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070528184147167970.pdf>;

MARTIN, B; KOESEL, N. (2010) - Nurses role in clarifying goals in the intensive care unit. **Critical Care Nurse**.ISSN 0279-5442.Acedido a 5/2/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010683719&site=ehost-live>;

MILLER, Peggy; FORBES, Sarah; BOYLE, Diane (2001) – End-of-life care in the intensive care unit: A challenge for nurses. **American Journal of Critical Care**. Acedido a 23/09/10. Disponível em: <http://classic.aacn.org/AACN/jrnlaicc.nsf/0/d41dab54a64c590288256a7e008172ec?OpenDocument>;

MORITZ, Rachel [et al] (2008) – Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo. ISSN 0103-507X. Vol.20, nº4 (Dezembro 2008). p. 422-428. Acedido a 24/6/2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400016;

MOSENTHAL, Anne; LEE, Francis; HUFFMAN, Joan (2002) – Palliative care in the surgical intensive care unit. *Journal of the American College of Surgeons*. Acedido a 26/6/10. Disponível em: http://www.promotingexcellence.org/downloads/jacs_0102.pdf ;

NETO, Isabel Galriça (2003) – A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Vol. 19, nº1. p.68-74. Acedido a 12/11/10. Disponível em: http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=494 ;

NETO, Isabel Galriça (2008) – Utilização da via subcutânea na prática clínica. **Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. Vol.15, nº4 (Outubro/Dezembro 2008). p. 277-278. Acedido a 12/11/10. Disponível em: http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf;

NETO, Isabel Galriça (2010) – Agonia. In: BARBOSA, A; NETO, I. (Editores). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ªedição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. ISBN 978-972-9349-22-5.p.387-400;

NETO, Isabel Galriça (2010) – Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: BARBOSA, A; NETO, I.(Editores). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ªedição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 1-42;

OLIVEIRA, Palmira; SIMÕES, Sandra (2000) – A morte no hospital – um desafio para a Enfermagem. **Enfermagem Oncológica**. Porto. ISSN 0873-5689. N º14 (Abril 2000). p. 35-38;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Código Deontológico do Enfermeiro – Anotações e Comentários**. Maio 2003;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **PARECER N.º 267 / 2010- Atribuição do título de enfermeiro especialista, no momento actual.** Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20CE_267_2010.pdf;

PACHECO, Susana (2004) – **Cuidar a pessoa em fase terminal – perspectiva ética.** 2ªedição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-30-4;

PAIS, Fernando (2004) – O impacto da doença oncológica no doente e família. In: **Enfermagem Oncológica.** Coimbra: Formasau. ISBN 9728485417.p.25-38;

PEREIRA, José (2010) – Gestão da dor oncológica. In: BARBOSA, A; NETO, I.(Editores). **Manual de Cuidados Paliativos.** 2ªedição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 69-126;

PNCP – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos** (2004). Disponível em: http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf;

QUERIDO, Ana (2006) – A esperança em cuidados paliativos – na perspectiva das pessoas doentes. **III Congresso Nacional de Cuidados Paliativos.** Porto. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Programa-III_Congresso.pdf;

QUERIDO, A; GUARDA, H.(2010) – Hidratação em fim de vida. In: BARBOSA, A; NETO, I.(Editores). **Manual de Cuidados Paliativos.** 2ªedição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 401-415;

QUERIDO, Ana; [et al] (2010) – Comunicação. In: BARBOSA, A; NETO, I. (Editores). **Manual de Cuidados Paliativos.** 2ªedição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 461-485;

QUINTANA, Alberto (2006) – Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. Acedido a 27/09/10. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a12.pdf>;

SAPETA, Paula; LOPES, Manuel (2007) – Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874 0283. II Série, nº4 (Junho 2007). p. 35-60;

SCHULTE, E; CRUMP, S. (2009) - HCMC nurses research end of life issues. **Minnesota Nursing Accent**. ISSN 0026 5586. Acedido a 9/1/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010446197&lang=pt-br&site=ehost-live>;

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (2000) – **Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos – “Cuidar”: ética e práticas**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-17-7;

SHORTER, Melanie; STAYT, Louise (2010) - Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0309-2402. Acedido a 5/2/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010503803&site=ehost-live>;

SILVEIRA, Rosemary; LUNARDI, Valéria; OLIVEIRA, Adriane (2005)- Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na uti. **SCIELO**. 2005, vol.14, p. 125-130. ISSN 0104-0707. Acedido a 10/10/10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000500016&script=sci_arttext;

TSALOUKIDIS, Nickolaos (2010) - Treating ICU patients of final stage and dealing with their family. **Health Science Journal**. ISSN: 1108-7366. Acedido a 5/2/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010804962&site=ehost-live>;

TWYXCROSS, Robert (2003) – **Cuidados Paliativos**. 2ªedição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-093-6.

WALLING, A. M. [et al] (2008) - Assessment of implementation of an order protocol for end-of-life symptom management. **Journal of Palliative Medicine**. Acedido a 11/7/10. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=12&sid=0556f998-065c-4c8f-b848-ab0a06efb0b8%40sessionmgr10>;

WALKER, R.; READ, S. (2010) - The Liverpool Care Pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. **International Journal of Palliative Nursing**. ISSN 1357 6321. Acedido a 9/01/2011. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010709267&lang=pt-br&site=ehost-live>.

ANEXOS

Anexo I – Síntese das reflexões efectuadas durante a realização dos
ensinos clínicos

Reflexão nº1 – R1

Uma doente do sexo feminino, com neoplasia da vulva em estado avançado estava internada num dos serviços do IPO. Tendo em conta, o estágio avançado, a doente não apresentava tratamento curativo a nível cirúrgico ou médico. Aguardava vaga numa unidade de cuidados paliativos. Entretanto, a lesão a nível da vulva começou a agravar, apresentando-se com muito exsudado e com cheiro fétido. Foi solicitada a observação pela EIHS CP, devido ao facto de a terapêutica instituída (fentanil transdérmico), não estar a surtir efeito, pelo que a doente apresentava dor intensa desde há cinco dias.

Durante a primeira visita constatou-se que a doente apresentava mau estado geral, não comunicava verbalmente, mesmo em repouso gemia e apresentava um fácies de dor. Os colegas do serviço referiram que a dor agravava durante os cuidados de higiene e realização do penso perineal.

Perante esta situação tive alguma dificuldade em avaliar a dor, pela dificuldade em comunicar com a doente. Neto (2010), refere que é desejável que o próprio doente classifique os seus sintomas. Contudo, Costa et al (2005), dizem que existem outras indicações para além da verbalização, que podem levar o enfermeiro a detectar situações de dor, tais como as respostas comportamentais (gemidos ou fugir quando é tocado no local doloroso). Sendo assim, a doente não conseguia comunicar verbalmente, mas apresentava um fácies que denunciava dor intensa.

A EIHS CP iniciou analgesia opióide por seringa infusora em perfusão contínua. Para além disso foi prescrito terapêutica de resgate para fazer antes da realização dos cuidados de higiene e penso perineal. Tendo em conta o estado avançado da doença, foi explicado aos colegas do serviço, que a realização do penso deveria ser realizado com o mínimo de traumatismo possível, e o menor nº de vezes possível.

No segundo dia de observação, a doente ainda apresentava fácies de dor, embora parecesse com menos intensidade. Foi aumentada a dose analgésica de manutenção. No terceiro dia de observação a doente apresentava-se mais calma, embora os colegas referissem que durante a realização do penso ainda apresentava queixas álgicas, pelo que foi aumentada a dose de resgate. No quarto dia de observação a doente apresentava fácies mais tranquilo e mais sereno. No sexto dia de observação, como a doente se mantinha com a dor controlada, foi reajustado o adesivo fentanil, mantendo-se as doses de resgate para realizar antes do penso.

Foi bastante positivo assistir a esta situação, pois situações em que existe um descontrolo da dor são frequentes no serviço de cirurgia do CHTV. E como tal, foi importante reflectir sobre esta situação, de modo a tirar o maior partido para o meu serviço. Será que é aceitável e normal que um doente internado num serviço hospitalar apresentar um nível de dor tão intenso? A doente apresentou dor intensa não controlada durante cerca de 8 dias. O sofrimento destes 8 dias de dor poderiam ter sido evitados, se tivesse ocorrido desde o início uma avaliação por uma equipa especializada no controlo da dor.

Através desta experiência pude constatar o quanto é importante, perante doentes com patologia oncológica em estado avançado uma avaliação precoce e tratamento correcto da dor por uma equipa especializada. Deve-se actuar de imediato aos primeiros sinais de desconforto. De acordo com Neto (2010), é importante antecipar as medidas terapêuticas. Não se deve esperar que um doente se queixe, tendo em conta que determinados sintomas são previsíveis em determinadas situações clínicas. O início da actuação perante as queixas intensas do doente, vai dificultar o sucesso da resposta terapêutica. Posteriormente, a monitorização diária, até a dor ser controlada é outro aspecto muito importante. De acordo com Neto (2010), numa fase inicial de instituição do tratamento poderão ser necessárias monitorizações mais frequentes para acerto das doses de medicamentos. O facto de se ter instituído medicação contínua por via EV, e terapêutica de resgate foi essencial. De acordo com Neto (2010), é importante adequar a via de administração da terapêutica. Portanto, numa situação de dor intensa é necessário que os efeitos sejam imediatos. Neto (2010) refere que devem existir doses de resgate em episódios de dor intensa que possam surgir, apesar das doses regulares. Neto (2010), diz que uma infusão contínua intravenosa pode ser necessário se for necessária uma titulação mais rápida. Quando se verificar de novo estabilidade, o doente pode usar novamente o adesivo transdérmico.

Contudo, apesar de ter tido uma avaliação tardia por peritos na área, a informação fornecida pelos colegas do serviço foi muito importante. Pois a doente apresentava dor constante, mas acentuava-se durante a realização do penso. Aqui se evidencia mais uma vez a importância do papel do enfermeiro. Sendo o profissional que mais tempo passa com o doente, sabe de melhor forma o que se passa com o doente.

Em situações futuras, no serviço de cirurgia, vou estar mais atenta a situações como esta. Perante uma doente, em que se começa a verificar um agravamento da situação clínica, é importante não deixar a doente atingir um estágio de dor intensa. Aos primeiros sinais que a situação está a avançar, com pequenos desconfortos é importante contactar de imediato a consulta da dor, para realizar uma avaliação da situação. Desta forma, fazendo um controlo preventivo da dor, é possível controlar de melhor forma a dor, e a doente pode não chegar a atingir uma dor intensa, evidenciando-se assim, os bons cuidados de enfermagem.

Reflexão nº2 – R2

A situação que vou descrever passou-se com uma doente que estava em fase de agonia internada num dos serviços do IPO que estava a ser acompanhada pela EIHSCP. A doente era do sexo feminino, jovem, com cerca de quarenta anos, com filhos ainda muito pequenos, e um marido e mãe muito presentes. A doente permaneceu em agonia durante bastante tempo, cerca de sete dias. Para complicar ainda mais esta situação, a doente apresenta períodos de delirium muito frequentes. Apresentava períodos de grande agitação, com um discurso imperceptível, e com um olhar perturbado. A família apresentava-se bastante ansiosa com esta situação. Numa das visitas um familiar próximo da doente disse-nos “É insuportável vê-la assim, não sabemos se nos quer dizer alguma coisa, não sabemos se tem dor, é uma sensação de impotência horrível. Será que ela não tem dores? “

Ao ver a doente naquela agitação, fiquei sem saber o que dizer à família que a pudesse confortar...Penso que o facto de a doente ser bastante jovem, influenciou a minha atitude. Por outro lado, a minha inexperiência perante situações tão complexas foi também determinante. De acordo com Gama e Barbosa (2010), nestas situações de delirium o doente está frequentemente agitado, com alterações das funções cognitivas e com flutuações do nível de consciência. É uma situação difícil de reverter nos últimos dias de vida, sobretudo quando à falência multiorgânica. Sendo assim, a intervenção médica passa por atenuar os sintomas. Nesta situação foi necessário realizar vários ajustes na terapêutica para que este sintoma ficasse controlado.

De acordo com Gama e Barbosa (2010), é extremamente importante explicar à família o que se está a passar com o doente, mantendo-os informados do plano de cuidados. Perante esta situação a EIHSCP explicou aos familiares que este sintoma é frequente nesta fase final de vida e que a equipa estava a tentar ajustar a medicação o melhor possível para tentar reverter aquele sintoma. Foi esclarecido que a confusão e agitação são causadas pela alteração do funcionamento cerebral e não são sinais de maior dor ou desconforto, nem que o doente está a ficar “louca”. A médica da equipa instituiu medicação (levomepromazina) para acalmar a doente que surtiu efeito. Contudo, a dada altura a família achava que a doente estava demasiado prostrada, não reagia aos familiares, achavam-na demasiado ausente. Foram realizadas tentativas de reduzir a medicação, contudo com esta redução a doente ficava mais agitada, com discurso incoerente, voltando a manifestar o mesmo quadro. Então a

equipa conversou com os familiares, tendo em conta que estes são quem melhor conhece a doente, e perceber se preferiam que a doente estivesse mais acordada, ou mais calma. Todos concordaram que apesar de não gostarem de a ver tão calma, seria preferível a vê-la tão agitada. Foi dado reforço positivo ao facto de manterem o contacto com a doente pelo toque e por falarem com ela. O facto de a equipa mostrar disponibilidade e estar um pouco a conversar sobre toda a situação, faz com que os familiares não se sintam abandonados, estabelecendo assim uma relação de confiança com a equipa. Com esta situação pude perceber como o delirium é angustiante para a família.

Foi bom ter experienciado uma situação destas pois, quando iniciei o meu ensino clínico, queria essencialmente conhecer o modo como era realizado a avaliação e controlo da dor, contudo percebi que a avaliação e controlo de todos os outros sintomas é igualmente importante.

No futuro, tendo em conta os conhecimentos adquiridos e a observação de peritos na área, quando me deparar com situações idênticas no serviço de cirurgia vou estar muito mais preparada.

Reflexão nº3 – R3

Pude verificar que na EIHS CP e UAD, assim que o doente começava a apresentar características da fase de agonia era de imediato instituída medicação de prevenção de respiração ruidosa. De acordo com Gonçalves (2002), nas últimas horas de vida muitos doentes em estado semiconsciente ou inconsciente são incapazes de engolir a saliva reflexamente ou de expectorar, produzindo uma respiração ruidosa, o estertor.

A medicação (Butilescopolamina) era realizada, em perfusão contínua ou de 8 em 8 horas para prevenção do estertor. Para além disso, existia uma diminuição do volume de soros administrado. Fiquei bastante surpreendida pela utilização da Butilescopolamina para prevenção do estertor. Nunca pensei que tal sintoma se pudesse prevenir, e ainda por cima com este tipo de medicação. Gonçalves (2002) refere que os fármacos a utilizar são os anticolinérgicos: o bromidrato de escopolamina (0.5-1.0 mg até cada 4 a 6 horas, via subcutânea) ou, em alternativa, a butilescopolamina (20 mg até cada 6 a 8 horas, por via subcutânea), que é menos sedativa. A terapêutica deve ser realizada assim que forem detectadas as secreções, porque não actuam sobre as já formadas. As secreções já formadas, para serem removidas, necessitam de ser aspiradas. Contudo, a aspiração deve apenas utilizar-se como último recurso e não como método principal de controlo deste problema.

Esse tratamento tem como principal objectivo o bem-estar da família, uma vez que a respiração ruidosa aparece quando o doente já não se apercebe dela. Este tipo de respiração pode durar horas.

Com estas experiências senti-me como se estivesse noutro país. Como é possível que esta acção não seja realizada nos serviços de outros hospitais? Sendo um procedimento tão simples e com benefícios tão grandes. A principal razão que encontro para a não implementação desta medida aos doentes internados em serviços gerais, é a falta de conhecimentos acerca dos cuidados paliativos.

Foi extremamente positivo ter passado por esta experiência, pois nenhum dos doentes apresentava sintomas de estertor, demonstrando que esta prevenção pode ser bastante eficaz.

Reflexão nº4 – R4

A técnica de colocação de cateter subcutâneo era algo que conhecia, porém desconhecia o modo de a executar, bem como cuidados específicos. Através da equipa de enfermagem da EIHSCP e UAD pude perceber a técnica e esclarecer dúvidas

Uma doente se encontrava no domicílio, acompanhada pela UAD, começou a ficar progressivamente mais prostrada, com recusa alimentar, não sendo capaz de tomar a terapêutica via oral, pelo que houve necessidade da colocação de cateter subcutâneo para administração de terapêutica. Embora estivesse bastante insegura, aproveitei a oportunidade de realizar a técnica, com a supervisão da Sra. Enf. orientadora. Foi colocado o cateter butterfly na região infra clavicular, onde ficou adaptado um dispositivo para perfusão contínua de medicação analgésica e anticolinérgica. O acesso subcutâneo permitiu o controlo da dor (morfina) e a prevenção de estertor (Butilescopolamina), tendo-se verificado bastante eficaz.

A oportunidade de ter realizado esta técnica, sob supervisão de peritos na área foi uma grande mais valia, pois só assim poderia transmitir estes novos conhecimentos no serviço de cirurgia geral do CHTV.

Após esta experiência, se surgir uma situação no serviço de cirurgia, em que o doente não tenha acessos venosos, esta poderá ser uma alternativa possível.

Reflexão nº5 – R5

Uma doente idosa que estava no seu domicílio, com uma doença oncológica em estado avançado, ficou progressivamente mais debilitada e necessitou de ser acompanhada pela UAD. Pouco tempo depois do início do acompanhamento, a doente agravou o seu estado geral e entrou na fase de agonia. Ficou progressivamente mais prostrada, com edemas generalizados, com recusa alimentar e menos comunicativa. Tendo em conta esta situação foi colocado um cateter subcutâneo para administração de terapêutica. A equipa da UAD optou por não realizar hipodermoclise. Perante esta decisão, a família mostra-se muito ansiosa, pelo facto de a doente não se alimentar e não ter sido colocado soro.

A equipa da UAD falou com os familiares, explicando o que se estava a passar com a doente, quais os objectivos que se pretendia nesta fase e que tendo em conta a situação da doente, esta não beneficiava com o administração de soro. Sendo assim foi realizado controlo analgésico e prevenção de secreções respiratórias através de perfusão continua. Foram incentivados os cuidados de hidratação oral. A doente passou os seus últimos dias de vida confortável.

Na minha opinião a equipa da UAD procedeu bem, uma vez que Gonçalves (2002) refere que nos últimos dias de vida os soros devem ser administrados apenas nas situações em que os sintomas se podem atribuir à desidratação. Nesta situação, associado à presença de edemas generalizados, a hidratação artificial poderia piorar a sintomatologia da doente. Contudo, assumir esta decisão perante os familiares nem sempre é fácil.

O facto de ter observado esta situação foi bastante enriquecedor, pois é também uma situação frequente no serviço de cirurgia. Apesar de ter consciência, como profissional de enfermagem, que no período final da vida, a administração de soros não é essencial, sentia que não estava a prestar bons cuidados de enfermagem ao deixar o doente sem soro. Esta experiência, assim, como outras durante este ensino clínico demonstraram que a não administração de soro não é prejudicial para o doente, podendo até trazer alguns benefícios. A aquisição destes conhecimentos e experiência, vai ser um óptimo suporte, para que em situações semelhantes, consiga demonstrar as vantagens e desvantagens da colocação de soro num doente em fim de vida, junto da equipa multidisciplinar, bem como junto dos familiares.

Reflexão nº 6 – R6

Contudo, através da EIHSCP, percebi que todos os doentes, em fase de agonia, internados no hospital, permaneciam com soroterapia. Esta é uma situação que importa reflectir.

Penso que a causa desta situação deve-se ao facto de o contexto hospitalar estar bastante relacionada com as práticas médicas. O facto de o doente estar internado no hospital, em estado crítico, sem estar “a soro” é muito mal interpretado pela sociedade em geral, mas também pelos próprios profissionais de saúde. De acordo com Querido e Guarda (2010), “morrer de sede” é um fantasma muito presente nas famílias, mas também nos profissionais de saúde. Sendo uma situação difícil de aceitar, a tendência é abusar da hidratação. De acordo com Gonçalves (2002), muitos doentes nesta fase recebem soros EV, dada a crença de que a desidratação é desconfortável.

Com esta experiência percebi, que o que se passa no meu contexto de trabalho é idêntico ao que se passa em outros serviços hospitalares. Tendo em conta, que estes doentes são observados por uma equipa especializada em cuidados paliativos, e mesmo assim os doentes permanecem com soro, posso deduzir que será muito difícil que no serviço de cirurgia, em determinadas situações de agonia, o doente ficar sem soro.

A sensação de sede poderá ser aliviada através da administração de pequenas quantidades de água por uma seringa, ou mesmo dando ao doente a chupar pequenos pedaços de gelo, dado que a mucosa oral mantém uma boa capacidade de absorção da água (QUERIDO e GUARDA, 2010). Torna-se importante transmitir estes conhecimentos dentro da equipa multidisciplinar, para que seja feita uma escolha acertada.

Reflexão nº 7 – R7

Um doente que era acompanhado pela UAD, com cerca de 50 anos, tinha um carcinoma do seio maxilar. Passou por um processo muito longo entre diagnóstico, cirurgias, quimioterapia e radioterapia que o desgastaram muito em termos físicos e psicológicos. Na altura do ensino clínico, o doente não estava a ser submetido a nenhum tratamento curativo, pelo que a equipa da UAD tentava proporcionar o máximo de conforto físico e psicológico. Necessita de ajuda total para quase todas as suas actividades. Vive com a esposa, que lhe presta todos os cuidados. Tem uma lesão na hemiface direita bastante exuberante e com cheiro fétido, necessitando de penso diário.

A lesão da face dava origem a uma dificuldade na articulação das palavras. Para além disso esta lesão na face isolava-o do resto do mundo. Nunca mais saiu de casa e não permitia que os amigos o vissem assim. Senti que o doente estava muito revoltado e angustiado com toda a situação.

Entretanto de um momento para o outro, o doente começou a ficar mais prostrado, recusando fazer levantar. Perante esta situação a equipa da UAD, depreendeu que a doença poderia estar a progredir. Esta percepção ajuda imenso no planeamento dos cuidados.

Sendo a comunicação uma das minhas maiores dificuldades, a comunicação com o doente em fim de vida e família, estive particularmente atenta a todos os gestos e acções efectuados. A equipa da UAD reuniu-se com a esposa e com os filhos para alertar para a progressão da doença. Penso que nesta fase a comunicação foi essencial. Apesar de a situação do doente não ser favorável, a entrada na fase de agonia foi extremamente rápida. O que provocou algum choque na esposa e nos filhos. Foi esclarecido o que se estava a passar com o doente, e o que poderia ser feito para aliviar o seu sofrimento. Conversando com a Sra. Enf. orientadora, referi que uma das minhas maiores dificuldades era aproximar-me da família de um doente em fim de vida, pois sabia que me iriam colocar imensas questões às quais eu não saberia responder. A Sra. Enf. orientadora referiu-me que é importante preparar a família para o piorar da situação. Contudo refere que não existem planos de actuação, diz-se as coisas consoante os familiares vão querendo ouvir de modo a tornar tudo mais natural. Esta referiu que, quando para nós é difícil estabelecer uma comunicação, tendo em conta a situação difícil do doente e família, à que ter em conta que o simples facto de estarmos

disponíveis para ouvir é muito importante. E que geralmente, os próprios familiares fornecem pistas para aquilo que desejam falar.

Nesta situação a UAD explicou o que se estava a passar com o doente, e o que poderia suceder nas próximas horas ou dias. Foi dado espaço para a esposa colocar as suas dúvidas e exprimir as suas angústias. Foi colocado um acesso subcutâneo para administração de medicação e feitos os ensinamentos à esposa e filhos para a administração de medicação. A esposa e os filhos ficaram bastante receptivos a tudo o que foi dito. A esposa num momento refere “sinto-me triste, mas ao mesmo tempo vejo que ele está a ser bem tratado, e o apoio que me dão é fundamental. A Sra. Enf. orientadora manifestou que compreendia aquilo que estava a passar, reforçando que estavam a proporcionar os melhores cuidados.

De acordo com SFAP (2000) e Querido et al (2010), perante o doente em fim de vida e sua família é essencial o desenvolvimento de determinadas capacidades. A escuta activa tem como intenção ver e compreender o contexto, os sentimentos envolvidos. Exige uma capacidade de ouvir, o que é dito tanto do ponto de vista verbal, como não verbal. Neste contexto, o silêncio é muito importante, podendo demonstrar a nossa capacidade de escuta. De acordo com SFAP (2000), por vezes é-nos difícil tolerar esses silêncios, pois frequentemente temos medo de sermos julgados incompetentes se não intervirmos imediatamente. A compreensão empática caracteriza-se por um intenso desejo de compreensão pelo que a pessoa está a vivenciar, mantendo sempre presente que somos pessoas distintas, de modo a que o sofrimento do outro não nos perturbe demasiado.

A vida da esposa nos últimos dois anos tinha sido dedicada ao marido. No fundo deixou de ter vida própria para conseguir prestar cuidados adequados. A equipa da UAD chamou-me a atenção para esta situação. Com a morte do marido, a esposa poderia sentir-se perdida e sem rumo. A UAD vai ter que estar atenta, assegurando que a esposa faz o seu luto e arranja novas razões para viver, sonhos e projectos.

Percebi, que a minha grande dificuldade na comunicação com a família não era só devido à dificuldade em lidar com a morte. Era essencialmente devido à falta de conhecimentos. Esta falta de conhecimento faz com que fique bloqueada perante as dúvidas e ansiedades dos familiares.

A possibilidade de vivenciar esta situação, e outras que não descrevi, aliado ao conhecimento adquirido na bibliografia irão proporcionar um maior à vontade perante o doente e sua família.

Reflexão nº 8 – R8

Durante o ensino clínico na UCII, houve uma situação em que um doente tinha uma doença oncológica em estágio avançado, estando a realizar tratamentos de quimioterapia. Entretanto teve uma infecção respiratória e entrou em insuficiência respiratória aguda, necessitando de suporte ventilatório de emergência. O doente tinha cerca de 70 anos, com aspecto bastante envelhecido. A esposa era quem acompanhava o doente todas as vezes que vinha ao hospital. Era esta que controlava as consultas, tratamentos e medicamentos, sendo a sua cuidadora principal.

Achei importante reflectir acerca desta situação, pois foi uma situação que me marcou bastante, talvez por ter sido o meu primeiro doente e ter acompanhado a situação desde o início.

No primeiro contacto a esposa estava extremamente ansiosa ou mesmo em pânico com tudo o que se estava a passar. O filho com cerca de quarenta anos, também bastante presente, embora este estivesse aparentemente mais calmo. O doente tinha uma doença oncológica em estágio avançado, contudo o agravamento do seu estado com necessidade de suporte ventilatório foi muito inesperado. Neste primeiro dia permanecemos junto da esposa, explicando a razão de o doente estar ventilado artificialmente e o que poderia ser esperado nesta fase e nos próximos dias. Foi garantido que o doente iria receber os melhores cuidados, que iriam ser informados de toda a situação, e que podiam contar com a equipa para o esclarecimento de qualquer dúvida. De acordo com Silveira et al (2005), aquando o internamento numa UCI é necessário existir uma interacção da equipa com a família, proporcionando atenção, oportunidade de dialogar e esclarecimento de dúvidas. Os mesmos autores referem que é importante fornecer informação adequada à situação, e mostrar disponibilidade de modo a ajudar os familiares a enfrentarem de melhor forma o internamento na UCI.

A esposa visitava o doente diariamente. Durante a visita, uma das minhas prioridades era estar junto da esposa. Nestes tempos procurei conversar sobre o doente, mas também acerca de outros temas, ouvindo o que a esposa tinha para contar, de forma a tentar criar uma relação de confiança. O facto de estar a realizar o ensino clínico, permitiu-me de alguma forma ter uma maior disponibilidade para estar junto da esposa e dos familiares, o que me demonstrou a sua grande importância. Estar presente, ouvir o que o familiar tem para nos dizer, falar acerca de outros

assuntos, aparentemente pode não ser nada de extraordinário. Contudo, percebi a importância do tempo que permaneci com a esposa, quando ao fim de alguns dias ausente do serviço, a esposa refere “ Ah, está cá hoje, tem-me feito tanta falta...”. Benner (2005) refere que nem sempre é necessário fazer alguma coisa pelo doente, por vezes o essencial é o simples facto de estar presente, atribuindo assim uma grande importância ao toque e às relações pessoais.

Durante a comunicação com a esposa confrontei-me com uma das minhas grandes dificuldades, ou seja lidar com a expectativa dos familiares. A esposa questionou-me “então o que acha Sr.^a. Enfermeira, acha que ele está melhor? Vai conseguir recuperar?” Mesmo perante situações clínicas bastante graves, a minha tendência era responder sempre de forma positiva, dizendo que “sim vai ver vai correr tudo bem”. Contudo, Silveira et al (2005) referem que na comunicação com os familiares é necessário apresentar o cenário provável, tornando-os cientes da gravidade da situação, através de informações precisas e certificando-nos da clareza de seu entendimento. Em relação a isto, a Sr.^a Enfermeira orientadora explicou-me que é importante dizer sempre a verdade, de modo a preparar a família para o que possa vir a acontecer. Torna-se importante referir que a situação é bastante grave, que o familiar já estava bastante doente, e que esta situação ainda agravou mais o seu estado, pelo que as melhoras a ocorrer vão se notar de forma muito lenta. Porém, pode piorar de um momento para o outro. Este tipo de discurso, faz a preparação para um possível desfecho menos positivo, mantendo a esperança, e tenta evitar a expectativa diária de tentarem notar algum progresso positivo. Gomes (2010) refere que é primordial manter uma comunicação aberta com os familiares acerca das alterações que possam ocorrer durante o processo e responder às questões de forma sincera. Por outro lado, Nowotny, 1991 citado por Querido (2006), refere que a esperança é fundamental na experiência de doença, sobretudo no contexto de doença avançada, incurável e progressiva. Querido (2006) refere ainda que a esperança tem sido considerada como um dos elementos essenciais na vivência das pessoas com doença oncológica. Em contexto de doença terminal, quando a cura não é possível, o “focus” da esperança assume uma importância fundamental na forma como as pessoas doentes vivem o período de fim da vida.

Nesta situação o apoio e a comunicação por parte dos enfermeiros foram essenciais. O apoio e a disponibilidade demonstrada fez com que a esposa sentisse mais confiança na equipa, libertando-se da incerteza se o marido estava ou não a ser

bem cuidado. Aprendi a lidar com as perguntas difíceis e a não fugir delas, sendo importante confrontar os familiares da gravidade da situação, mas ao mesmo tempo manter a esperança no tratamento efectuado.

Reflexão nº 9 – R9

Os doentes na UCII do IPO são sujeitos a tratamentos bastante agressivos. Para além disso, a própria doença oncológica torna-os mais vulneráveis, o que leva a uma situação bastante complicada de vivenciar.

Durante o ensino clínico na UCII, foi possível contactar com vários doentes, que devido à sua patologia oncológica foram sujeitos a inúmeras cirurgias, tratamentos e terapêuticas, sendo que a grande maioria teve necessidade de suporte ventilatório artificial. Acrescido a isto, grande parte deles, com grandes dificuldades de cicatrização da ferida cirúrgica, causando tratamentos prolongados no tempo e por vezes bastante dolorosos. Todas estas situações causavam-me alguma perturbação. Será que tantos tratamentos e cirurgias provocam desconforto e dor ao doente? Será que vale a pena tanto sofrimento? De acordo com Mosenthal et al (2002), durante o internamento de um doente na UCI é natural surgir a questão: Será que se está a prolongar o sofrimento do doente em fim de vida ou a possibilidade de o doente sobreviver pode justificar o prolongado suporte ventilatório? Quando é que o objectivo dos cuidados passa a ser o tratamento paliativo em detrimento do tratamento curativo? Esta situação levou-me a pensar e a reflectir com a Sr.^a Enfermeira orientadora. Esta refere que é uma situação extremamente complexa, pois a decisão passa sempre por investir no doente até este já não responder ao tratamento. Pois a experiência relata casos, em que doentes com um mau prognóstico respondem ao tratamento e conseguiram viver mais alguns meses. Mosenthal et al (2002) acrescentam ainda que, o facto de os doentes apresentarem 1% a 2% de probabilidade de sobrevivência é motivo para continuar com as terapias agressivas. Defendendo a ideia de que é melhor errar por fazer “muito” do que errar por fazer “pouco”. Mosenthal et al (2002) dizem que, apesar de alguns tratamentos serem bastante agressivos, a abordagem curativa é justificada pelo resultado final, a possibilidade de uma vida mais longa. De acordo com Miller et al (2001), a disponibilidade de um maior número de tecnologia que permita prolongar a vida, normalmente presente nas UCI, leva ao imperativo moral dos profissionais em utilizá-la. Sendo a morte encarada como algo a evitar, depressa os profissionais se sentem forçados a iniciar e a aumentar a utilização da tecnologia de forma gradual, mas constante. Contudo, referem que este imperativo moral sentido pelos profissionais empurra-os para uma incerteza sobre a sua actuação, não sabendo, a determinada altura do processo de tratamento, se estão a prolongar a vida ou a adiar a morte de um

doente. Portanto, torna-se essencial parar e pensar nas características do doente, sabendo que os fins nem sempre justificam os meios.

Reflexão nº 10 – R10

Uma doente com cerca de 80 anos, com um carcinoma perineal difuso foi submetida a sigmoidostomia em ansa paliativa. Desde a cirurgia que teve necessidade de suporte ventilatório artificial e ficou internada na UCII. Tinha sido submetida a uma cirurgia, há cerca de 2 meses, por carcinoma do endométrio.

Recebe a visita dos dois filhos e marido com frequência. Nunca conseguiu estabelecer uma relação muito eficaz com nenhum dos elementos da família. Não sei bem explicar o motivo. Contudo, tentei sempre dar uma palavra de conforto e transmitir disponibilidade. Notava-se na filha uma grande revolta pela situação da mãe, pelo facto de a doença ter progredido tão rapidamente. A doente respondia muito pouco a estímulos externos.

A idade avançada, as múltiplas patologias, o internamento prolongado e o facto de não responder à terapêutica instituída, nem às tentativas de desmame ventilatório fizeram com que a equipa médica decidisse falar com a família. De acordo com Mosenthal et al (2002), é preciso compreender como e quando a transição do tratamento curativo deve dar lugar aos cuidados de conforto. De acordo com Capelas e Neto (2010), as intervenções curativas podem predominar numa fase inicial do percurso do doente, contudo ao longo de um processo de falência das terapias instituídas e do aproximar do fim da vida, passam a ser predominantes as intervenções paliativas. Mosenthal et al (2002) acrescentam que para esta tomada de decisão contribuem várias características da doença oncológica e do resultado do tratamento cirúrgico.

Durante a reunião, para esclarecimento da situação da doente, estiveram presentes a médica assistente, os filhos e eu (eu participei porque estava a realizar o ensino clínico, porém habitualmente os enfermeiros não participam na reunião), num gabinete privado. Para que a família pudesse entender e aceitar toda a situação foi necessário explicar todo o percurso da doente, a irreversibilidade da doença e a necessidade de proceder à mudança de objectivos terapêuticos para conforto da doente. Os familiares foram confrontados com a situação, com o percurso da doente, o que tinha sido feito, a forma como a doente tinha reagido, e as perspectivas que existiam. Mosenthal et al (2002), diz que a comunicação com a família sobre as mudanças da situação do doente, e como os objectivos dos cuidados podem mudar, é essencial para que a família possa ser preparada previamente à tomada de decisões.

De acordo com Neto (2003), as conferências familiares permitem a decisão terapêutica partilhada, permitindo que a família consiga interpretar a doença, o tratamento e as expectativas perante a realidade da situação.

Perante esta realidade, a equipa médica em conjunto com a família decide suspender a medicação que não é essencial e instituir apenas medidas de conforto. Mosenthal et al (2002) referem que após a decisão de suspender as medidas agressivas, devem ser asseguradas as medidas para garantir o conforto e alívio do sofrimento do doente e familiares.

Para um dos familiares foi muito difícil aceitar esta decisão, dizendo “será que ela não poderia ser capaz de melhorar?”, “então hoje em dia a medicina está tão avançada e não há mais nada que possa ser feito?” Ao que a médica respondeu “é precisamente devido ao avanço da medicina que a sua mãe está viva até agora, porque senão já não se encontrava entre nós há muito tempo...”, “o importante neste momento é dar-lhe a dignidade e o conforto que merece”.

Mosenthal et al (2002) referem que nesta fase o apoio junto dos familiares é muito importante. Como na grande maioria das vezes, os doentes estão inconscientes, grande parte do sofrimento emocional e espiritual em torno do fim da vida é sentido pela família. Após a conversa médica, os familiares foram para junto do doente, e permaneci um pouco junto deles, para que pudessem desabafar e chorar. Pedi-lhes para transmitir aquilo que tinham entendido (feedback), e demonstrei a minha compreensão para com a situação (compreensão empática). Reforcei novamente que a paragem dos tratamentos agressivos, não significava a paragem dos cuidados, explicando o que pode ser esperado durante o processo de morrer, garantido que os cuidados de conforto seriam fornecidos.

Nesta situação a terapêutica foi toda suspensa, ficando apenas com soroterapia, protector gástrico e medicação analgésica (morfina em perfusão continua). Foi suspenso a antibioterapia, furosema e avaliação de glicemia. Os posicionamentos eram realizados com um intervalo de tempo mais longo, e de acordo com a posição de conforto da doente. Mosenthal et al (2002), dizem que a forma como a suspensão de tratamentos deve ser efectuada não está uniformizada, o que pode causar uma grande confusão e ansiedade por parte dos médicos, enfermeiros e família. Estes autores referem que deve ser ponderado o risco/benefício de cada tratamento a ser retirado. Normalmente retiram o ventilador em último lugar. Na grande maioria das vezes em primeiro lugar são retiradas as terapêuticas vasopressores, nutrição, antibióticos,

transfusões de sangue, diálise, monitorização cardíaca, testes de diagnóstico (radiografias, exames laboratoriais, avaliação de sinais vitais).

De acordo com Cosgrove et al (2006), a suspensão da ventilação mecânica é, normalmente efectuada através de um desmame ventilatório rápido, com redução dos parâmetros de pressão e oxigenação, mas sem interrupção da técnica nem remoção da via aérea artificial. Este tipo de prática, de acordo com os autores, simula a ventilação fisiológica, assegurando que não existe desconforto para o doente e família (pois a via aérea mantém-se). Na UCII do IPO, a ventilação mecânica é mantida, sendo reduzidos os parâmetros de pressão e oxigenação, simulando a ventilação fisiológica. De acordo com a Sr.^a Enfermeira orientadora esta atitude mantém o conforto do doente e também dos familiares.

Passado poucas horas, de se ter mudado os parâmetros do ventilador, a doente acabou por falecer, na presença dos familiares. Posteriormente pediu-se à família para sair um pouco. Foram retirados todos os objectos estranhos e realizada uma pequena higiene. Posteriormente os familiares puderam estar um pouco com a doente, sem tubos ao seu redor. Penso que este pequeno gesto é muito positivo para o luto dos familiares. Mosenthal et al (2002), durante os últimos momentos de vida, deve-se retirar todos os dispositivos que possam ser retirados, para que a família possa tocar e segurar no doente.

Esta foi uma situação, que foi extremamente importante para mim ter vivenciado, devido aos meus objectivos do ensino clínico. Pude perceber que, mesmo com prescrição médica, a paragem de certos tratamentos, tais como a avaliação de sinais vitais, é algo que causa conflito dentro da equipa. Muitos enfermeiros não concordavam com a suspensão da avaliação da tensão arterial e glicemia capilar, continuando a realizar os mesmos.

Pude interagir com uma família, no momento da mudança dos objectivos terapêuticos. Aqui penso que a reunião médica é essencial para esclarecer toda a situação actual. Com esta base, o enfermeiro pode posteriormente prestar todo o apoio que os familiares necessitam naquele momento.

Reflexão nº 11 – R11

Durante a realização de ensino clínico na EIHSCP e UCII, no serviço de cirurgia geral do CHTV, tive oportunidade de prestar cuidados a uma doente com neoplasia gástrica em estado avançado. Esta doente é internada no serviço para ser submetida a cirurgia. Fui eu que realizei o acolhimento no serviço, e portanto a relação que se estabeleceu com a doente e filhas foi de uma maior proximidade. A doente tem cerca de 60 anos, independente nas suas actividades de vida diária. Contudo, refere que se sente extremamente cansada, pois desde há 3 meses não consegue comer quase nada. Tudo o que come vomita. Manifesta uma grande esperança com esta cirurgia.

No decorrer do acolhimento constatei que a Sra. sabia que tinha um problema no estômago, mas não sabia que era uma neoplasia. A filha que a acompanhava, chamou-me à parte referindo que estava muito ansiosa com a cirurgia, pois a médica tinha-lhe dito que o tumor estava muito avançado, mas não teve coragem de dizer nada à mãe. Naquele momento transmiti-lhe esperança no tratamento cirúrgico e num possível tratamento médico posterior.

Durante a cirurgia foi detectada a grande extensão do tumor, pelo que os cirurgiões optaram por não remover o tumor. A doente fez o seu pós-operatório imediato sem complicações aparentes. Convencida de que brevemente iria para casa.

Entretanto, através do local da sutura cirúrgica começa a drenar conteúdo ascítico em abundante quantidade. A doente começa a ficar ansiosa com a situação, questionando “mas porquê isto está a acontecer, quando será que vai parar?” Contudo médicos e enfermeiros referem que é uma situação “normal” após a cirurgia.

Durante estes dias, senti-me como que a enganar a doente. Ela exigia saber o que se estava a passar... Passado cerca de 10 dias, a doente é proposta para realização de quimioterapia. A médica oncologista dirige-se à doente, e diz que vai realizar uns ciclos de quimioterapia....

Após esta conversa a doente ficou em choque. “Sra. enfermeira, uma médica disse-me que tenho de fazer quimioterapia. Se tenho de fazer quimioterapia é porque tenho um cancro! Eu não sabia que tinha um cancro. O meu marido morreu com cancro. Porque ninguém me disse nada? Como vou dizer às minhas filhas que eu vou morrer?”

Estas frases estão gravadas na minha memória. Fiquei sem reacção. Não sabia o que responder.

Respondi, a sua médica vai falar consigo para explicar o que está a acontecer. Ela questiona: “a Sra. enfermeira já sabia que eu tinha um cancro?” Aqui senti-me ainda pior. Senti-me num julgamento. Senti-me culpada. Senti que a doente perdeu a confiança nos enfermeiros e cirurgiões. É extremamente frustrante, sentir esta desconfiança por parte de uma doente.

De acordo com Barbosa (2010), durante mais de dois milénios os profissionais de saúde integraram na sua prática uma ética essencialmente de beneficência. O profissional de saúde tinha o dever de decidir o que era melhor para o doente. Pacheco (2004) refere que a verdade deve ser transmitida ao doente, se este a quiser ouvir, referindo que nesta situação o enfermeiro é o profissional de saúde mais indicado para defender o doente e manter a sua autonomia. O enfermeiro deve informar o doente acerca dos seus direitos, assegurando que foram compreendidos e ajudar o doente a tomar uma posição, discutindo com ele as melhores alternativas. Sendo assim, torna-se importante o enfermeiro incentivar os familiares ou médicos a informar o doente da sua situação, de forma a promover um diálogo aberto e sincero.

O que poderia ter feito diferente:

O enfermeiro perante estas situações não tem autonomia para dizer a verdade ao doente. Mas tendo em conta que conhece os desejos do doente, é importante insistir com a equipa médica para contar a verdade. Se a doente tem recebido a notícia pela médica assistente e não de forma abrupta pela médica oncologista, a sua reacção poderia ter sido muito melhor.

Nas próximas situações não vou ficar passiva a ver o inevitável acontecer...

A doente realizou quimioterapia, com efeitos secundários marcantes, com náuseas e vómitos intensos. Entretanto o estado geral começa a degradar-se. Deixa de conseguir realizar levante, com edemas acentuados a nível dos membros inferiores e superiores e com perda de líquido intersticial em grande quantidade.

A doente fica cada vez mais deprimida. Esta confinada à cama, mal se consegue mexer. Contudo não refere dores. Como analgesia tem paracetamol e nolotil. Entretanto a doente começa a referir dores intensas, a equipa de enfermagem alerta os cirurgiões, que contactam a consulta da dor. A doente é observada e é prescrito fentanil transdérmico. De acordo com Neto (2010), perante um doente com doença oncológica em estágio avançado, não se deve esperar que o doente se queixe,

devendo-se actuar de modo preventivo sempre que possível. Twycross (2003) acrescenta ainda que o fentanil transdérmico é contra-indicado nos doentes que necessitam de rápida titulação da medicação para a dor intensa não controlada, uma vez que as concentrações plasmáticas estáveis de fentanil só se obtêm após 36-48 horas.

O que deveria ter sido feito: Neste momento tenho conhecimento que um doente oncológico em estágio avançado, sem tratamento curativo, mesmo que não apresente dor, é essencial a avaliação precoce por parte da consulta da dor. Por outro lado, se o doente apresenta dor intensa, o tratamento não deve ser iniciado com fentanil transdérmico, quando se deveria ter optado por uma via em que o efeito fosse notório de forma mais rápida.

Entretanto a doente começa a manifestar sinais clínicos da fase de agonia..... As filhas saem do quarto e choram. Passo por elas e não sei o que dizer para as confortar. Precisava de dizer alguma coisa. Tenho a sensação que não posso dizer nada que as conforte, e por isso não digo nada...

Presto cuidados de higiene e conforto, posiciono. Pergunto se tem dores. A doente permanece com um olhar triste, que nem sei bem descrever. Um dia diz-me “eu não queria nada morrer, ainda queria viver mais alguns anos” Eu respondo “não fique triste, não gosto de a ver assim...”. Mas como é que ela não poderia ficar triste???

Entretanto o período de agonia prolongou-se muito. De acordo com Neto (2010), o período de agonia pode ser mais prolongado naquelas pessoas com uma grande vontade de viver. A doente esteve sempre consciente da situação até ao fim...

O que deveria ser dito: Analisando a situação agora, pergunto-me como foi possível agir daquela maneira com a D. J. Uma Sra. tão frontal com a sua situação. E eu por me sentir incomoda com a conversa, com o tema morte, afastei esse sentimento, esse pensamento, não permitindo à doente falar acerca do assunto.

Hoje sei, que nem todos os doentes gostam de falar acerca da sua própria morte. Contudo, perante um doente que nos confronta com esta temática, o profissional não deve fugir do assunto. Deveria ter respondido: Gostava de falar mais acerca disso? O que mais a está a incomodar? Porque acha que não está preparada

para morrer. Ou tão simplesmente ouvir o que a doente tem para dizer, sem fugir do assunto...

Quanto às filhas, teria sido extremamente importante conversar com elas. Dar-lhes oportunidade para desabafar. Fazer com que não se sentissem abandonadas. Deveria ter dito, que é normal sentirem-se exaustas e desejarem que tudo termine, pois isso pressupõe o bem-estar da mãe. Para além disso deveria ter elogiado os cuidados constantes que tinham com a mãe...

Reflexão nº 12 – R12

Após a realização dos ensinamentos clínicos na EIHSCP e UCII, tive oportunidade de prestar cuidados a um doente no serviço de cirurgia geral do CHTV. Este doente, o Sr. A. recorre ao serviço por perdas hemáticas via rectal. Realiza colonoscopia e é detectado um tumor a nível intestinal. O doente realiza cirurgia, é removido o tumor e efectuada ileostomia. O doente passa o pós-operatório relativamente bem, sem queixas álgicas.

Contudo, tendo em conta os conhecimentos adquiridos nos ensinamentos clínicos anteriores, achei que seria importante o doente ser avaliado pela consulta da dor. Conversei com o cirurgião responsável e este fez o contacto com o colega. O doente foi observado e foi prescrito fentanil transdérmico.

Ainda no internamento, o doente começa a ficar mais prostrado, sem se conseguir levantar da cama, com edemas muito acentuados. Tendo em conta esta situação, e apesar de o doente não apresentar queixas álgicas, conversei novamente com o cirurgião, confrontando-o com a situação do doente. Este responde que não tem mais nada para oferecer ao doente e que irá morrer muito em breve. Perante isto propus então uma nova observação pelo médico da consulta da dor, que este concordou. A médica da consulta da dor observou o doente, e tendo em conta que este não apresentava queixas álgicas, foi mantida a mesma terapêutica. Contudo, referiu que viria observar o doente no dia seguinte.

O processo de agonia foi muito rápido. A minha intervenção junto do doente não foi significativa, pois não consegui abordar o tema morte junto deste.

Porém, esforcei-me para aplicar os conhecimentos adquiridos junto dos familiares. Apesar de continuar a sentir algum incomodo com a situação, senti que estava mais preparada, devido aos conhecimentos adquiridos, para enfrentar os familiares.

Ao ver a esposa sentada à beira da cama do doente, aproximei-me e perguntei se queria conversar um pouco. “Sim, Sra. enfermeira gostava de saber como está hoje o meu marido” Perguntei o que a médica tinha explicado. “A médica disse que a situação tinha piorado muito e que já não havia nada a fazer”.

Expliquei o que se estava a passar com o doente. Expliquei que a situação era realmente muito grave. Porém, não era verdade o facto de já não haver nada que pudesse ser feito. Referi que estávamos a fazer os possíveis para proporcionar o máximo de conforto ao marido. Expliquei que nesta fase o importante é ele não sentir dores, estar confortável e ter as pessoas que ele mais gosta junto dele.

Expliquei que apesar de este não comunicar e estar aparentemente “ausente”, a audição permanecia até ao fim, pelo que podiam e deviam comunicar com o doente. Incentivei e elogiei os cuidados de hidratação oral e a disponibilidade da família para permanecer junto do doente.

De acordo com Quintana (2006), a aproximação dos profissionais ao doente em fim de vida resulta num benefício duplo: por um lado o doente tem alguém para falar acerca dos seus receios e preocupações. Por outro lado, tal aproximação seria benéfica para os próprios profissionais de saúde, libertando-os da culpa pelo abandono a que submeteram seu paciente e propiciando-lhes o conforto de saber que ajudaram o doente a enfrentar uma das fases mais difíceis da vida.

Sendo assim, após a realização dos ensinamentos clínicos anteriores consegui lidar com o doente em agonia e sua família, com mais sinceridade e frontalidade. Apesar de sentir ainda algum desconforto com a situação, não tive receio de interagir. Os benefícios que advêm desta intervenção são tão positivos para a família, mas também para mim, enquanto profissional de enfermagem, que me dão força para continuar e melhorar a minha actuação.

Sondagem de Opinião

Identificação das Necessidades de Formação

No âmbito do 1º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com a área de intervenção específica Enfermagem Oncológica estou a desenvolver a temática “ O doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar”.

No serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Torres Vedras o internamento de doentes com doença avançada e progressiva é cada vez mais frequente. Tendo em conta que estes doentes exigem cuidados bastante complexos, torna-se necessário melhorar a nossa prática de cuidados.

Esta sondagem de opinião constitui um guia para a realização de futuras formações em serviço. Como tal, a sua colaboração é muito importante, pois vai permitir realizar um diagnóstico das necessidades de formação acerca da prestação de cuidados ao doente em fim de vida.

Obrigada

Liliana Silva

1 – Sente necessidade de receber formação acerca dos cuidados ao doente em fim de vida?

SIM ☐

NÃO ☐

2 – De acordo com a sua experiência, quais são as suas maiores dificuldades na prestação de cuidados ao doente em fim de vida?

3 – Dos seguintes temas, quais gostaria de receber formação para a prática de cuidados ao doente em fim de vida?

(Ordenando de 1 a 5, tendo em conta que 1 – Tema com mais necessidade de formação e 5 – Tema com menos necessidade de formação)

1.1- Cuidados Paliativos _____ ☐

1.2 – Controlo de Sintomas na Fase de Agonia _____ ☐

1.3– Alimentação e Hidratação em fim de vida _____ ☐

1.4– Administração de terapêutica subcutânea _____ ☐

1.5– Comunicação com a família _____ ☐

1.6 - Outro _____ ☐

Obrigada

Plano de sessão de informação

Tema O doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar
Apresentação/ Justificação do tema <p>No serviço de cirurgia geral do Centro Hospitalar de Torres Vedras o internamento de doentes com doença avançada e progressiva é cada vez mais frequente. O hospital vocacionado para prestar cuidados curativos, não encontra, muitas vezes, resposta para as pessoas em fim de vida. Desta forma, os profissionais de saúde, sentem-se muitas vezes desarmados perante a angústia das pessoas em fim de vida, com as quais têm dificuldade em estabelecer uma relação de ajuda. Sendo assim, torna-se necessário adquirir mais conhecimentos no controlo de sintomas, capacidade para comunicar com o doente/ família e conseguir trabalhar a nível multidisciplinar.</p>
Nome dos Formadores Liliana Pereira da Silva
Data/ Tempo previsto 26 de Janeiro de 2011 – 60 minutos
Local Serviço de Cirurgia B – Centro Hospitalar de Torres Vedras
Destinatários Enfermeiros do Centro Hospitalar de Torres Vedras
Objectivos <ul style="list-style-type: none">➤ Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância dos cuidados ao doente oncológico em fim de vida;➤ Transmitir os conhecimentos adquiridos da evidência científica e dos ensinamentos clínicos efectuados;➤ Proporcionar momentos de reflexão acerca da nossa prestação de cuidados ao doente em fim de vida.
Material e Método Utilização do método expositivo com recurso a um projector audiovisual. Esclarecimento de dúvidas

O DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA EM CONTEXTO HOSPITALAR

Liliana Silva

26 de Janeiro 2011

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO TEMA

- Área de Oncologia
- Interesse Pessoal
- Interesse do Serviço

(Dentro dos 17 inquéritos respondidos, 16 pessoas referiram sentir necessidade de receber formação acerca da prestação de cuidados ao doente em fim de vida)

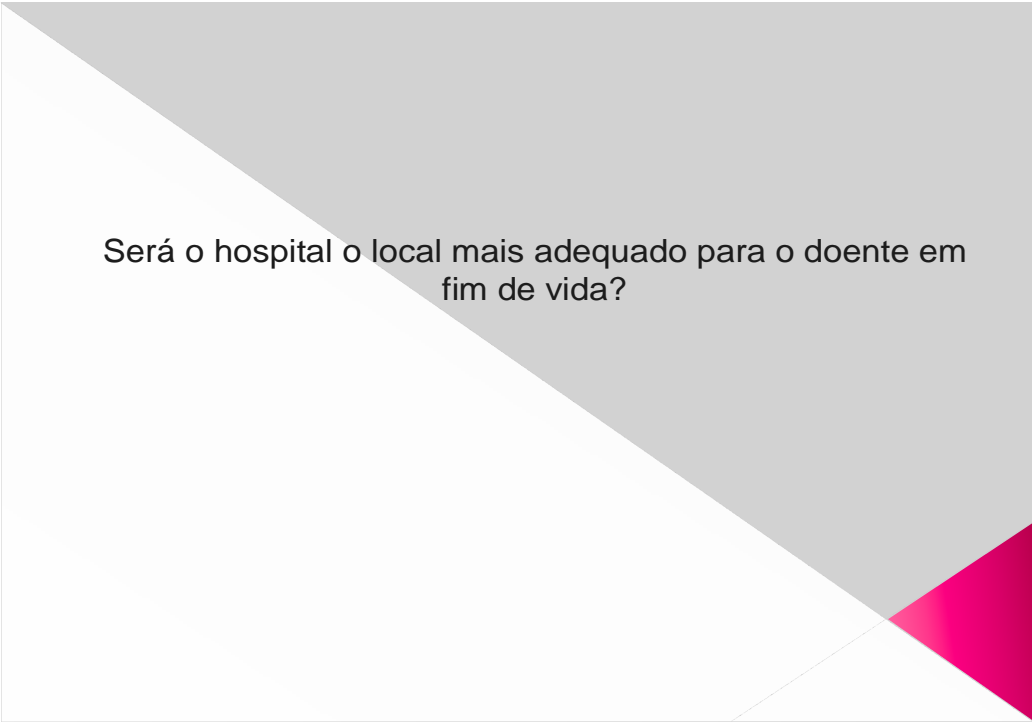


O doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar

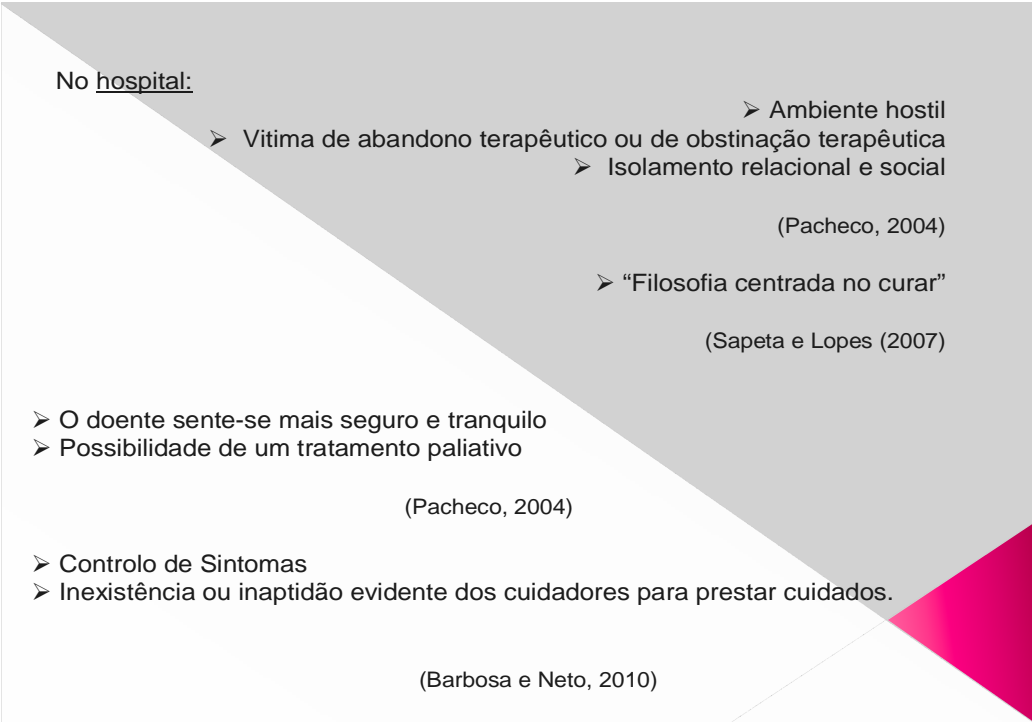
Como surge o doente oncológico em fim de vida num hospital?

O doente Oncológico recorre ao hospital:

- **Procura da cura** → A cura não é possível
Progressão da doença
- Progressão da doença
Descontrolo de sintomas



Será o hospital o local mais adequado para o doente em fim de vida?



No hospital:

- Ambiente hostil
- Vitima de abandono terapêutico ou de obstinação terapêutica
- Isolamento relacional e social

(Pacheco, 2004)

- “Filosofia centrada no curar”

(Sapeta e Lopes (2007)

- O doente sente-se mais seguro e tranquilo
- Possibilidade de um tratamento paliativo

(Pacheco, 2004)

- Controlo de Sintomas
- Inexistência ou inaptidão evidente dos cuidadores para prestar cuidados.

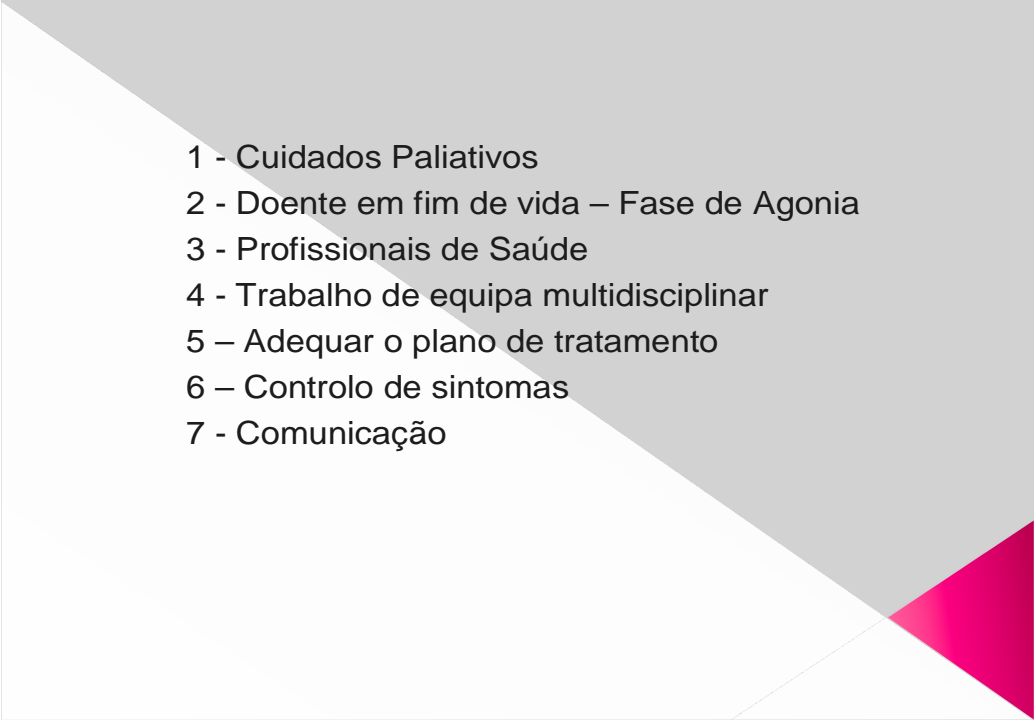
(Barbosa e Neto, 2010)



**O internamento de doentes em fim de vida
nos serviços hospitalares é cada vez mais
frequente.**

OBJECTIVOS

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância dos cuidados ao doente oncológico em fim de vida;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico em fim de vida no serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

- 
- 1 - Cuidados Paliativos
 - 2 - Doente em fim de vida – Fase de Agonia
 - 3 - Profissionais de Saúde
 - 4 - Trabalho de equipa multidisciplinar
 - 5 – Adequar o plano de tratamento
 - 6 – Controlo de sintomas
 - 7 - Comunicação



1 – CUIDADOS PALIATIVOS

Em 2002, a OMS definiu os cuidados paliativos como

“ uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”

Barbosa e Neto, 2010

1 – CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos são

“cuidados activos e totais dos doentes e suas famílias, prestados por uma equipa multidisciplinar, quando a doença já não responde ao tratamento curativo e a sua expectativa de vida é relativamente curta”.

Twycross, 2003

1 – CUIDADOS PALIATIVOS

➤ As intervenções visam:

- Atenuar os sintomas da doença;
- Promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta;
- Proporcionar analgesia adequada;
- Ajudar o doente a aceitar e preparar-se para a morte;
- Omissão de tratamentos inúteis.

Sendo o objectivo máximo dos cuidados preservar a dignidade humana, pelo que os gestos terapêuticos e de conforto adquirem um significado próprio.

Código Deontológico do Enfermeiro, 2003

1 – CUIDADOS PALIATIVOS

- Actualmente pretende-se incorporar esta filosofia nas áreas clínicas de agudos, o que de algum modo traduz uma melhor aceitação da morte

1 – CUIDADOS PALIATIVOS

Acção Paliativa

É qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença.

São parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução.

Representa o nível básico de palição e corresponde à prestação de acções paliativas sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas, pelo que podem ser desenvolvidas por qualquer profissional na área da saúde.

PNCP (2004)

2 - DOENTE EM FIM DE VIDA Fase de Agonia

Doente em Fase Terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses.

Barbosa e Neto, 2010

Doente em Fase de Agonia é um doente terminal que pelas suas características clínicas, está nas últimas horas ou dias de vida, e que por isso necessita de cuidados específicos.

Barbosa e Neto, 2010

2 - DOENTE EM FIM DE VIDA Fase de Agonia

Decorre de uma evolução gradual e natural, habitualmente com um agravamento que se constata de dia para dia e com evidente deterioração do estado geral.

Barbosa e Neto, 2010

2 - DOENTE EM FIM DE VIDA Fase de Agonia

“ Se a deterioração se faz mês a mês,
O prognóstico provável é de meses;

Se a deterioração se faz semana a semana,
O prognóstico provável é de semanas;

Se a deterioração se faz dia a dia,
O prognóstico provável é de dias”

R. Twycross (2003, p.46)

2 - DOENTE EM FIM DE VIDA Fase de Agonia

- Essencial conhecer algumas características do doente em agonia

Físico

- Deterioração evidente e progressiva do estado físico;
- Sintomas físicos variáveis de acordo com a patologia de base;
- Prostração;
- Dificuldade progressiva na ingestão e deglutição por défice muscular da orofaringe;

Barbosa e Neto, 2010

2 - DOENTE EM FIM DE VIDA

Fase de Agonia

Físico

- Oscilação/diminuição do nível de consciência (sonolência, desorientação, agitação, alucinações);
- Falência de múltiplos órgãos:
 - Diminuição da diurese
 - Aparecimento de edemas periféricos
 - Farfalheira
- Vasoconstrição periférica (diminuição da temperatura corporal, aparecimento de livores;

Barbosa e Neto, 2010

2 - DOENTE EM FIM DE VIDA

Fase de Agonia

Emocional

- Angústia, agitação, crises de medo ou pânico;
- Evidência e/ou percepção, verbalizada ou não, da realidade da proximidade da morte;
- Desorientação e dificuldades na comunicação.

Barbosa e Neto, 2010

2 - DOENTE EM FIM DE VIDA Fase de Agonia

Emocional

➤ Medo

- Desconhecido
- Solidão
- Sofrimento físico

Pacheco, 2004

➤ Perda de dignidade

- Perda de autonomia
- Alterações da imagem corporal
- Presença de sintomas
- Isolamento social e afectivo

Sapeta e Lopes, 2007

3 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

➤ Experiência Profissional

➤ Formação

- surge como um dos alicerces imprescindíveis

➤ Factores Culturais e Sociais

- Negação social da morte

- Sentimentos negativos e de rejeição face à morte e ao doente moribundo

- Dificuldade em lidar com a perda, em falar abertamente acerca da proximidade da morte com o próprio doente

(Sapeta e Lopes, 2007).

3 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

➤ Sentimentos Vivenciados

- Fracasso
- Culpa
- Ansiedade
- Incerteza
- Frustração

Sapeta e Lopes, 2007

3 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

“Lidar com a degradação global do ser humano”

“Lidar com o sofrimento”

“Confrontar-me com as angústias, medos... do doente e família”

Sondagem de opinião – Identificação das Necessidades de Formação

3 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Os profissionais de saúde estão mais preparados para enfrentar a doença e tentar evitar a morte do que prestar cuidados ao doente em fim de vida;

Pacheco, 2004

- Torna-se necessária uma mudança de mentalidade dos profissionais de saúde no sentido de reconhecerem que o objectivo dos cuidados nem sempre pode ser o de curar.

Pacheco, 2004

3 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Aceitação da morte

- Deixa de entender o doente em fim de vida como um fracasso;
- Aproximação do doente;
- Evitar a fuga intencional;
- Sentir-se confortável com o tema, de modo a abordá-lo com o doente e família;

Aceitação dos seus limites

- Assumir que não existe cura ou resolução para tudo
- Assumir os seus limites enquanto pessoa, que nem sempre tem a palavra certa ou resposta para tudo

Graham et al 2005, citado por Sapeta e Lopes, 2007

4 – TRABALHO DE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

“Articulação da equipa alargada: médico, enfermeiro, oncologista, dietista, psicólogo, etc”

“Comunicação com os médicos”

Sondagem de opinião – Identificação das Necessidades de Formação

Tendo em conta que a prestação de cuidados ao doente em fim de vida é extremamente complexa, o trabalho em equipa torna-se essencial.

4 – TRABALHO DE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

➤ Trabalhar em cooperação com outras áreas não significa trabalhar sem conflitos, uma vez que estes são inevitáveis e universais.

➤ Pré-requisitos fundamentais para um trabalho de equipa eficiente:

- Consenso e clareza nos objectivos e estratégias propostos;
- Reconhecimento das competências pessoais de cada membro da equipa;
- Comunicação efectiva entre os membros;

Taquemori e Sera, 2008

5 – ADEQUAR O PLANO DE TRATAMENTO

Objectivo

- Proporcionar o máximo conforto ao doente, promovendo a dignidade, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte

Barbosa e Neto, 2010

Dificuldade em adequar o plano de tratamento:

- ✓ Contexto curativo
- ✓ Dificuldade em aceitar o processo de morte
- ✓ Pressão dos familiares para ser feito algo

Bátiz e Loncan (SECPAL)

5 – ADEQUAR O PLANO DE TRATAMENTO

Redefinir os objectivos terapêuticos (trabalho multidisciplinar):

- Eliminação de intervenções inapropriadas;
- Evitar procedimentos diagnósticos desnecessários que não tragam benefícios para o doente;
- Simplificação da medicação.

Fármacos como: anti-hipertensores, antidiabéticos, antiarrítmicos, antidepressivos, broncodilatadores, corticóides deixam de fazer sentido

Barbosa e Neto, 2010

5 – ADEQUAR O PLANO DE TRATAMENTO

Estabelecer um conjunto de medidas gerais:

- Reforçar os cuidados de higiene oral;
- Hidratação frequente da boca com água ou chá;
- Manter os lábios húmidos (colocando por exemplo vaselina);
- Realização de massagens de conforto;
- Se existirem úlceras, o objectivo do tratamento não é a cura, mas sim diminuir a dor, o odor e eventual hemorragia;
- Os posicionamentos devem ser menos frequentes, podendo um ritmo de 6 em 6 horas ser aceitável;
- Posicionar o doente de acordo com a sua posição de conforto; Certificar que na posição adquirida o doente tem uma ventilação adequada.

Barbosa e Neto, 2010

5 – ADEQUAR O PLANO DE TRATAMENTO

- Adequação da via de administração dos fármacos;

Via Oral

É a via de administração preferencial, contudo nesta fase o doente raramente consegue deglutir.

Via Endovenosa

É a via de administração preferencial, quando o doente não consegue deglutir

Via Subcutânea

- É uma alternativa à via EV, quando esta deixa de ser possível;
- Permite a administração de medicação em bólus ou por seringa infusora.

Barbosa e Neto, 2010

5 – ADEQUAR O PLANO DE TRATAMENTO

Via Intramuscular

É considerado um procedimento doloroso, e deve ser utilizada apenas se não existir alternativa.

Via Rectal

Para a sua utilização é necessário verificar se a ampola rectal está vazia.

Via Transdérmica

- Deve-se manter esta via, caso os sintomas estejam bem controlados, utilizando a via SC ou EV para a administração dos restantes fármacos.
- A administração transdérmica de analgesia nunca deve ser iniciada na fase de agonia.

Barbosa e Neto, 2010

5 – ADEQUAR O PLANO DE TRATAMENTO

VIA SUBCUTÂNEA

Entre 17 pessoas, 5 pessoas colocaram em 1º lugar como interesse de formação

Sondagem de opinião – Identificação das Necessidades de Formação

- A via subcutânea (SC) pode ser usada para administração de fluidos e electrolitos no espaço subcutâneo (hipodermoclise) ou para administração de medicação.

5 – ADEQUAR O PLANO DE TRATAMENTO

VIA SUBCUTÂNEA

Indicações:

- Agonia;
- Sinais de desidratação;
- Ausência de via Oral ou EV.

Contra-indicações:

-Punção:

- Nos membros submetidos a dissecação ganglionar;
- Zonas próximas de cicatrizes;
- Zona de pele não integra.
- Necessidade de administrar soros em grande quantidade e rapidamente;
- Anasarca;
- Coagulopatias (risco de hemorragia no local da punção);
- Insuficiência cardíaca grave (CI Hipodermoclise);
- Risco de edema pulmonar (CI Hipodermoclise).

SALES, GÓMEZ-BATISTE, RODRÍGUEZ, 2008
PEREIRA, 2008
BARÓN, ORDÓNEZ, ZAMORA, ESPINOSA,

5 – ADEQUAR O PLANO DE TRATAMENTO

VIA SUBCUTÂNEA

Reacções Adversas:

- Dor, rubor, calor no local da punção;
- Quisto de retenção;
- Extravasamento;
- Hematoma;
- Celulite

SALES, GÓMEZ-BATISTE, RODRÍGUEZ, 2008
PEREIRA, 2008
BARÓN, ORDÓNEZ, ZAMORA, ESPINOSA, 2007

6 – CONTROLO DE SINTOMAS

- É a base em que se sustenta os Cuidados Paliativos.
- Contribui para garantir o máximo bem-estar e qualidade de vida de cada pessoa até ao fim de vida;
- O plano terapêutico deve englobar medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Nesta fase é essencial uma eficácia imediata nas medidas farmacológicas, pelo que, tudo o que tem um efeito prolongado, não faz sentido.

Rodríguez, 2008

6 – CONTROLO DE SINTOMAS

Os sintomas mais presentes nos últimos dias de vida são:

- Delirium
- Respiração Ruidosa/ Estertor
- Dor
- Dispneia

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS

“Ausência muitas vezes de medicação de acordo com a situação”

Sondagem de opinião – Identificação das Necessidades de Formação

Entre 17 pessoas, 6 pessoas colocaram em 1º lugar como interesse de formação

Sondagem de opinião – Identificação das Necessidades de Formação

6 – CONTROLO DE SINTOMAS Delirium

Principais características

- Alterações do nível da consciência;
- Perturbações das funções cognitivas (défice de memória, alteração da linguagem, desorientação);
- Perturbação do comportamento psicomotor (agitação ou sonolência);
- Alterações perceptivas (ilusões, alucinações, falsos reconhecimentos);
- Alterações emocionais (ansiedade, depressão, euforia, irritabilidade, medo);
- Alteração do ciclo sono/vigília;
- Sintomas somáticos (incontinência, afasia, tremor, taquicardia, sudorese).

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS Delirium

Tratamento Não Farmacológico

Relativamente ao doente

- Saber identificar os sintomas do Delirium;
- Manter uma conduta de respeito pela dignidade do doente, mesmo perante atitudes irracionais, agressivas ou comportamentos inadequados, uma vez que o doente sob várias dificuldades de percepção e cognição tem grande dificuldade de comunicação;
- Despistar a hipótese de haver dor não controlada ou retenção urinária, porque são problemas cuja resolução é habitualmente fácil;
- Favorecer o contacto com a realidade: Tratar o doente pelo seu nome, Informá-lo do momento do dia (manhã, tarde, noite);
- Evitar conversas simultâneas;
- Ter em atenção que, o doente que apresenta défices cognitivos, nem sempre se apercebe do sentido das palavras, mas é muito sensível ao clima afectivo.

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS Delirium

Relativamente ao ambiente

- Proporcionar um ambiente seguro e confortável, diminuindo os estímulos;
- Procurar um ambiente calmo e estável: evitar as transferências de cama e de unidade, uma vez que a estabilidade reduz as fontes de stress;
- Não permitir muitas pessoas no quarto.

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS Delirium

Relativamente à família explicar

- Que o delirium é uma situação inesperada mas muito frequente em situações de doença avançada;
- Que o doente apresenta alternância de períodos de lucidez e confusão;
- Que a agitação e a confusão são expressões do mau funcionamento do cérebro e não de loucura ou dor;
- Que alguns delírios no final da vida podem levar o doente a dizer e fazer algo que não seja sensato;

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS Delirium

Relativamente à família explicar

- Que se deve aceitar a desorientação e o que o doente diz nesse contexto sem o tentar corrigir, contrariar ou desafiar;
- Aceitar que nem todos os membros da família conseguem estabelecer a mesma relação com o doente:
 - Responder com carinho até ao final;
 - Incapacidade de reconhecer o doente, não conseguindo manifestar o seu afecto;

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS Delirium

Tratamento Farmacológico

- O objectivo do tratamento é acalmar o doente.
- Haloperidol é o fármaco de eleição, uma vez que tem efeito de sedação, com baixa incidência de efeitos cardiovasculares e anticolinérgicos.
- Outros:
 - Levomepromazina
 - Clorpromazina
 - Midazolam

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS Respiração Ruidosa/estertor

- Este tipo de respiração é muito frequente nos doentes agónicos.
- Resulta da incapacidade de expulsar as secreções da orofaringe e da traqueia. A oscilação dessas secreções para cima e para baixo, acompanhando os movimentos respiratórios, resulta muitas vezes em respiração ruidosa.
- Geralmente este problema é mais desconfortável para os familiares do que para o doente, pelo que é necessário explicar à família, que os ruídos são produzidos durante a inspiração e expiração, e que este facto não é sinónimo de asfixia, e que o doente não tem consciência da situação.

Gonçalves, 2002

6 – CONTROLO DE SINTOMAS

Respiração Ruidosa/estertor

Tratamento Não Farmacológico

- Posicionar correctamente o doente, de modo a não acumular as secreções;
 - Evitar o decúbito dorsal
 - Colocar em decúbito lateral com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente, com o pescoço ligeiramente flectido;
- A aspiração só deve ser realizada em casos extremos, se as secreções forem demasiado abundantes, pois provoca desconforto no doente;
- A hidratação artificial tende a agravar este problema por aumentar o volume das secreções.

Gonçalves, 2002

6 – CONTROLO DE SINTOMAS

Respiração Ruidosa/estertor

Tratamento Farmacológico

- Butilescopolamina (Buscopan)
- Não actua nas secreções já presentes, pelo que se torna necessário a administração precoce, antes da respiração ruidosa se instalar.
- A dose habitual:
 - 20 mg/4-6 horas por bólus SC
 - 100 mg/24h por seringa infusora
- Caso as secreções já estejam presentes:
 - Furosemida
 - Aspiração muito suave

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS Dor

- É um dos sintomas mais valorizado, temido e incapacitante para o doente, sendo sinónimo de sofrimento;
- É um sintoma subjectivo e de difícil avaliação por terceiros.
- É possível tratá-la de forma eficaz, em 80 a 90 % dos casos.
- Na maioria dos doentes, se o controlo anterior da dor estava a ser eficaz, não se irão registar problemas na fase de agonia.

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS Dor

“O facto de o doente por vezes não ter medicação analgésica apropriada”

“Minimização da dor”

“Controlo da dor”

Sondagem de opinião – Identificação das Necessidades de Formação

6 – CONTROLO DE SINTOMAS

Dor

- A maioria de doentes com cancro avançado rapidamente requer o uso de opióides fortes para o controlo da dor;
- Existe uma grande variedade de opióides fortes, tais como: morfina e fentanil;
- Tradicionalmente estes opióides têm sido descritos como não tendo efeito tecto, permitindo aos clínicos o aumento de doses até ser atingido o alívio da dor.

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS

Dispneia

- Um dos sintomas que mais mal-estar provoca no doente e seus familiares;
- É uma sensação que se traduz pela dificuldade de aumentar a ventilação;
- É o sintoma mais difícil de controlar, mesmo quando os cuidados são prestados por uma equipa de cuidados paliativos.
- O objectivo do tratamento é diminuir a percepção da dificuldade respiratória, através da diminuição da frequência respiratória.

Barbosa e Neto, 2010

6 – CONTROLO DE SINTOMAS

Dispneia

Tratamento Não Farmacológico

- Administração de oxigénio
- Posicionar o doente a 45°
- Presença de uma pessoa significativa junto do doente
 - Utilização de leque

Tratamento Farmacológico

- Morfina – diminuiu a frequência respiratória e o esforço ventilatório
- Se o doente já estava medicado com morfina anteriormente, aumenta-se a dose anterior em 50%; No caso de iniciar morfina por este motivo começa-se pela dose mais baixa
- O aumento da morfina deve ser progressivo, tendo como objectivo uma frequência respiratória em repouso de cerca de 15-20 ciclos por minuto.

7 – COMUNICAÇÃO

- A Comunicação surge como a trave mestra de todo este processo

Sapeta e Lopes (2007)

“Dificuldade em comunicar com os familiares”

“Contacto com a família”

“Apoio aos familiares”

“Conseguir comunicar com o doente e família a fim de lhes diminuir a angústia sem dessa forma criar expectativas ilusórias ao doente e/ou família”

“Preparação do doente e família para a morte/luto (como acompanhar durante o processo?)”

Sondagem de opinião – Identificação das Necessidades de Formação

7 – COMUNICAÇÃO

Factores que dificultam a comunicação:

- Dificuldade dos profissionais em lidar e falar do assunto “morte”
- Atitude paternalista dos profissionais:
 - Ao persistir em “falsas verdades” , argumentando protecção do doente e a necessidade de sustentar a esperança, gera falsas expectativas, privando o doente de participar no processo de comunicação.

(Ellershaw et al., 2003, citado por Sapeta e Lopes, 2007)

7 – COMUNICAÇÃO

DOENTE

- Permitir que ao doente expressar sua tristeza e ansiedade;
- Encorajar questões e informá-lo de forma honesta;
- Falar como os doentes acerca da morte;
- Tranquilizar sobre os sintomas, assegurando que está a ser feito o possível para aliviar o seu sofrimento.

FAMÍLIA

- Esta fase reveste-se sempre de um significado especial para a família.

Barbosa e Neto, 2010

Objectivos de uma Comunicação Adequada

- Manter os familiares envolvidos e conscientes de todo o processo;
- Conseguir orientar os familiares, para que estes não se sintam impotentes ou abandonados;
- Informar a família acerca da realidade, dos planos de acção e das perspectivas de evolução da doença.

Barbosa e Neto, 2010

FAMÍLIA

- A presença da família deve ser facilitada;
- Preparar devidamente a família para o momento da morte;
 - “É importante preparar a família para o piorar da situação, contudo não existem planos de actuação, vamos dizendo as coisas consoante os familiares vão querendo ouvir de modo a tornar as coisas mais naturais.”*
- Demonstrar disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida;
- Os familiares frequentemente querem saber quanto tempo o doente vai viver. No entanto, não é possível determinar com precisão a data da morte e, assim, a informação tem de ser dada com uma amplitude razoável;

FAMÍLIA

- Esclarecer que esta fase representa um período de transição para a morte, contudo se os sintomas estiverem controlados, se o doente não estiver agitado, é natural que não esteja a sofrer;
- Esclarecer que estes momentos finais são, na quase totalidade dos casos, tranquilos e que progressivamente o doente deixará de respirar;
- Assegurar que o doente está a receber os melhores cuidados disponíveis;

FAMÍLIA

- Explicar claramente como mudam os objectivos terapêuticos nesta fase e se possível obter consenso com a família;
- Explicar que a eventual suspensão de medicação e de técnicas de diagnóstico não é sinal de desinvestimento, mas sim evitar mais desconforto ao doente;
- Esclarecer sintomas e sinais, como o estertor ou a “recusa alimentar”;
- Forçar a ingestão não faz regredir a doença e pode ainda perturbar o bem-estar do doente, sem que isso contribua para as suas melhoras;
- As necessidades nutricionais e de hidratação diminuem durante o processo de morrer, e que a falência de órgãos causa dificuldade na digestão e absorção de alimentos e líquidos;

FAMÍLIA

- Relativamente à não ingestão de alimentos na fase terminal, a colocação sistemática de sondas naso-gástricas é uma medida desadequada, que gera maior incómodo que benefício. Deve sempre ser abordado este assunto com a família e explicar que o doente não virá a morrer por falta de alimento mas sim devido à evolução da doença;
- Explicar que os sons e gemidos que o doente emite nem sempre significam dor;
- Incentivar a comunicação com o doente, ainda que este não fale, bem como o toque afectuoso
(O tacto e a audição mantêm-se possivelmente até poucos momentos antes da morte);

FAMÍLIA

- Incentivar os familiares a prestar cuidados ao doente, o que muitas vezes os ajuda a não se sentirem impotentes perante a situação;
- Reforçar positivamente os cuidados dos familiares – hidratação da boca e a comunicação pelo toque;
- Explicar que é normal que se sintam exaustos e que por vezes surjam sentimentos ambivalentes, já que umas vezes se teme a morte, mas outras ela é desejada porque supõe um alívio quer físico e psicológico do doente;
- Permitir que os membros da família possam ficar um tempo em privado com o doente depois de este falecer;

Schulte, E; Crump (2009)

PERSPECTIVAS FUTURAS

➤ Integrar a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHTV:

Objectivo:

-Debater problemas e formas de melhorar a prática de cuidados a nível hospitalar:

- Realização de um Protocolo de Actuação, com vista a:

- Instituição de Medidas de Conforto;

- Controlo de Sintomas (Dor, agitação, secreções do tracto respiratório, náuseas e vômitos e dispneia).

CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos constituem hoje uma resposta indispensável aos problemas do final da vida

É necessário um esforço de todos nós, para que o doente em fim de vida, passe os seus últimos dias com o conforto e dignidade que merece...

BIBLIOGRAFIA

BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça (2010) – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9394-22-5;

BARÓN, González; ORDÓÑEZ, A.; ZAMORA, P.; ESPINOSA, E. (2007) – **Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte del paciente com câncer**. 2ª edição. Madrid: Panamerica Editorial Madica. ISBN: 978-84-9835-131-6;

BÁTIZ, Jacinto; LONCAN, Pilar – **PROBLEMAS ETICOS AL FINAL DE LA VIDA**. Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. Barcelona. Disponível em: http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=7

CARVALHO, Ricardo Tavares de; TAQUEMORI, Lais Yassue (2008) – **Nutrição e Hidratação**. In: **Cuidado Paliativo**. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo. ISBN 978-85-89656-15-3.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários

BIBLIOGRAFIA

GONÇALVES, Ferraz (2002). **Controlo de Sintomas no Cancro Avançado**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. ISBN: 972-31-0960-3;

KIRA, Célia Maria (2008). **As últimas 48 horas**. In: **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. ISBN 978-85-89656-15-3;

MACIEL, Maria Goretti (2008). **Definições e Princípios**. In: **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. ISBN 978-85-89656-15-3;

MACIEL, Maria Goretti Sales (2008). **Enfermaria**. In: **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. ISBN 978-85-89656-15-3;

PACHECO, Susana (2004). **Cuidar a pessoa em fase terminal – perspectiva ética**. 2ª edição. Loures: Lusociência. Loures. ISBN: 972-8383-30-4;

BIBLIOGRAFIA

PEREIRA, Ivanyse; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa; CAROMANO, Fátima Aparecida (2008). **Higiene e Conforto**. In: **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. ISBN 978-85-89656-15-3;

PEREIRA, Ivanyse (2008). **Hipodermóclise**. In: **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. ISBN 978-85-89656-15-3;

PNCP – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004)**. Disponível em: http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf

SALES, J. Porta; GÓMEZ-BATISTE, X; RODRÍGUEZ, A. Tuca (2008). **Manual de Control de sintomas en pacientes com câncer avanzado y terminal**. 2ª edição. ARAN ediciones. ISBN: 978-84-96881-48-8;

BIBLIOGRAFIA

SAPETA, Paula; LOPES, Manuel (2007) – Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série. Nº4 (Junho 2007). 35-60

SILVA, Maria Júlia Paes da; ARAÚJO, Mónica Trovo; FIRMINO; Flávia (2008). Enfermagem. In: **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. ISBN 978-85-89656-15-3;

SILVA, Maria Júlia Paes da (2008). **Falando da Comunicação**. In: **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. ISBN 978-85-89656-15-3;

TAQUEMORI, Lais Yassue e SERA, Celisa Tiemi Nakagawa (2008). Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. In: **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. ISBN 978-85-89656-15-3;

TWYXCROSS, Robert (2003). **Cuidados Paliativos**. 2ª edição. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES. ISBN: 972-796-093-6.